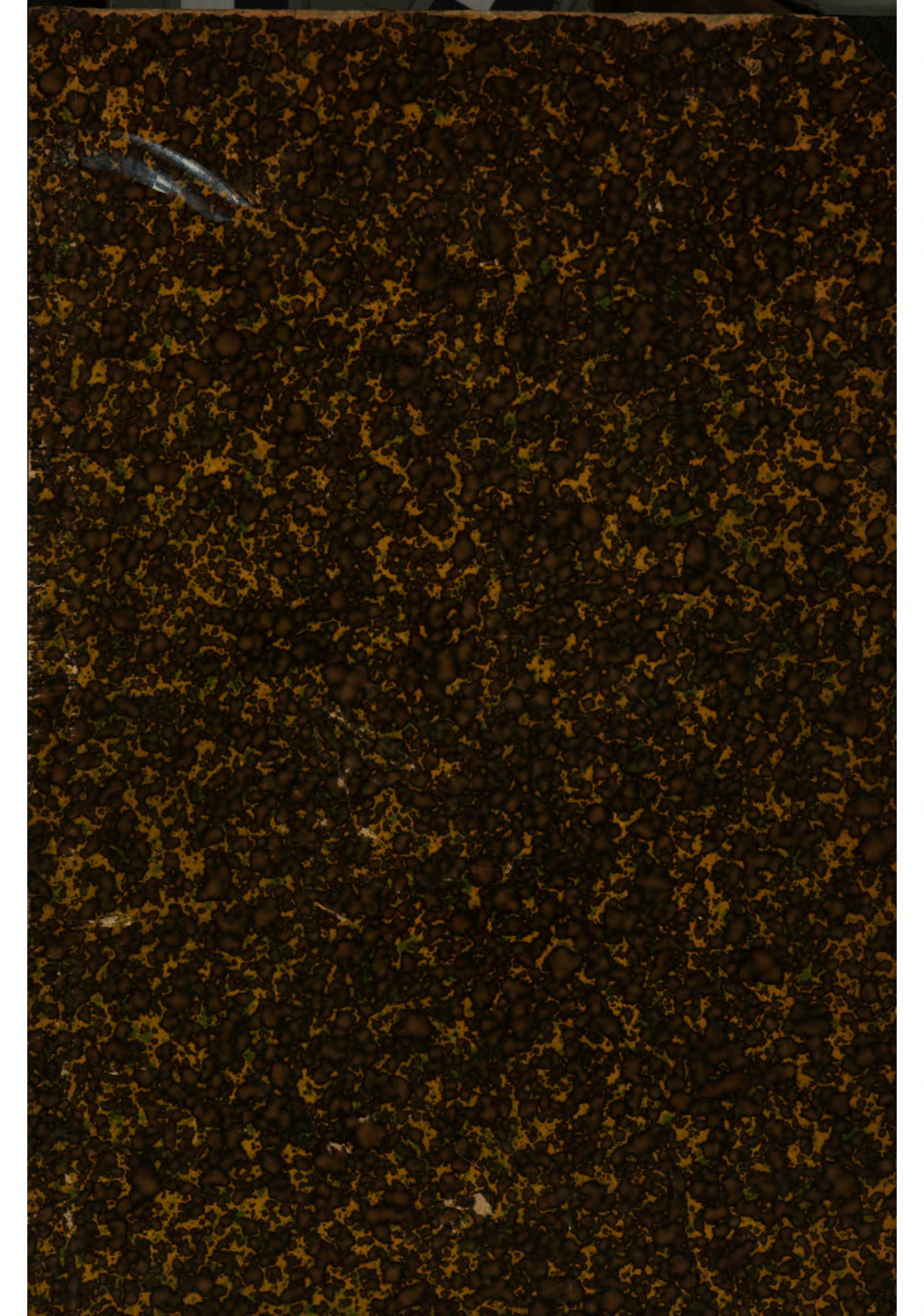
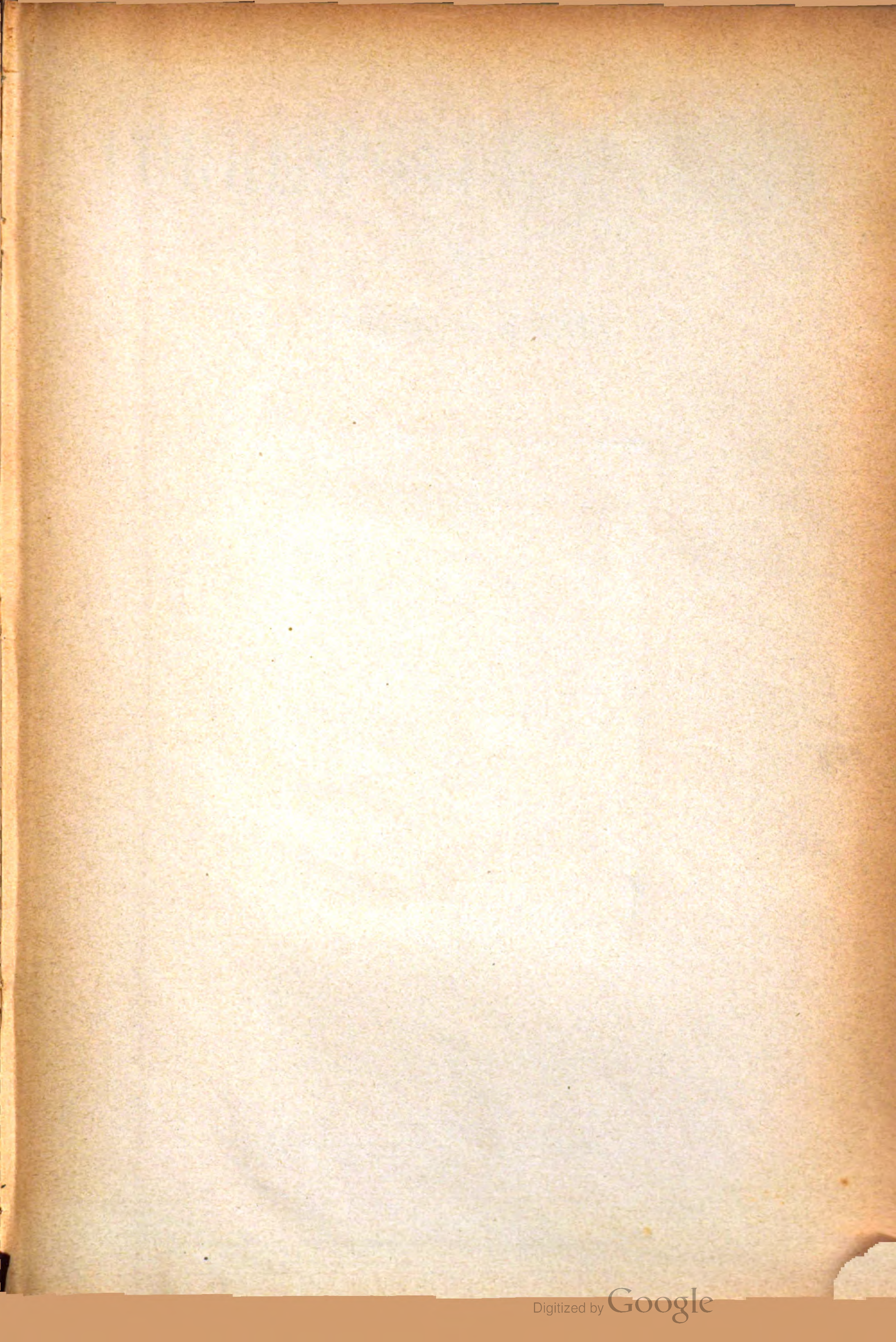





Digitized by Google

CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Herausgegeben

von

Dr. E. Haffter
in Frauenfeld.

Jahrgang XVIII.

1888.



BASEL.
BENNO SCHWABE, Verlagsbuchhandlung.
1888.

Register.

I. Sachregister.

(O = Originalarbeiten.)

II. Namenregister.

III. Acten der Aerzte-Commission und gesetzliche Erlasse.

IV. Vereinswesen.

Schweizerische Vereine.

Cantonale Vereine.

V. Correspondenzen.

Schweiz.

Ausland.

VI. Literatur.

(Referate und Kritiken.)

CORRESPONDENZ-BLATT

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats.
Inserate
35 Cts. die gesp. Petitzeile.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs
Fr. 12. — für die Schweiz,
Fr. 14. 50 für das Ausland.
Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. A. Baader in Basel. und **Dr. C. Garrè**, Docent in Basel.

N° 1. XVIII. Jahrg. 1888. 1. Januar.

Zur Jahreswende.

Ueber den knisternden Schnee gleiten die Füsse, eilig die Einen, langsam die Andern — kräftig, elastisch die, müde und schlaff jene, immer der Ausdruck des Wollens und Könnens des Menschen, den sie tragen.

So schreiten wir dem neuen Jahre entgegen, grundverschieden in unserm Sein, unserm Wünschen und Hoffen, aber Alle gleich wehrlos mit fortgetragen von den allmächtigen Wellen des Stromes, gegen den Keiner schwimmt, der Zeit. Ob wir fröhlich und weit ausgreifend mitgleiten, ob wir uns dem Wogenschwall entgegenwerfen und die Wasser zurückstauen möchten, stets fugit interea, fugit irreparabile tempus.

Und das ist gut so! Was sollen wir vergangene Tage zurückwünschen?! Sie kehren nicht wieder. Es lebe das Heute! Prosit Neujahr, liebe Collegen! Euern Familien, Euch, Euern Nebenmenschen, Euerm idealen und realen Streben unsere herzlichen Glückwünsche!

Wir möchten mit Euch weiter leben und streben und scheuen uns nicht, unsern Wünschen Gestalt zu geben.

Zu unserer Freude hat sich die schweizerische Aerztecommission reorganisirt; sie hat sich gefestigt und wird nun, getragen von den drei nationalen ärztlichen Sammelvereinen, deren Macht wiederum in dem kräftigen Leben ihrer Zweigvereine liegt, noch umsichtiger und eindringlicher, als bisher, die Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege und der ärztlichen Wissenschaft überhaupt, aber auch den Adel unserer beruflichen Stellung hochhalten können.

Wir freuen uns, dass dieses Frühjahr wieder ein schweizerischer Aerztetag und zwar in der romanischen Schweiz stattfindet und täuschen uns gewiss nicht, wenn wir der zuversichtlichen Hoffnung Ausdruck geben, eine recht beträchtliche Anzahl der Herren Collegen der deutschen und italienischen

Schweiz werde im Mai alle Hindernisse überwinden, um durch ihre Gegenwart in Lausanne ihre Theilnahme an unsern gemeinsamen Bestrebungen thatsächlich zu beweisen. Die platonische Liebe, das phantastische Schwärmen für die in ungreifbarer Höhe schwebenden Ideale allein thun es nicht: die That nur soll uns loben! Wir müssen selbst dabei sein, gilt es doch, dort nun von breiterer, der allgemein vaterländischen Grundlage aus, die Organisation des schweizerischen öffentlichen Gesundheitswesens zu berathen. Wir Aerzte müssen selbst mit Hand an das Werk legen, wenn unser eidgenössisches Seuchengesetz wirklich ausgeführt werden, Früchte reifen, wenn in den guten Bau unserer eidgenössischen Aerzteprüfungen nicht Canton um Canton klaffende Breschen brechen soll.

Wir wollen wagen, zu gelten, wo es sich darum handelt, dem Unterricht in den Grundsätzen der Gesundheitspflege an der einzigen höhern eidgenössischen Schule und an unsern Hochschulen endlich einmal auch von Bundeswegen die eigentlich so selbstverständliche Anerkennung, aber auch die berechtigte Unterstützung zu erringen. Die Arbeit wird nicht klein sein — ergo viribus unitis!

Neben diesen Hauptfragen haben wir zudem auf dem von uns selbst gewählten Arbeitsfelde einige bereits begonnene Aufgaben noch zu lösen: die Hygieine der Schule, die physisch und technisch zu bessernde Stellung der Hebammen, die Ueberwachung der Lebensmittel, die schweizerische Pharmacopoe und anderes mehr.

Sie sehen, liebe Collegen, wie reichhaltig unser „Neujahrswunsch“ ausfällt! Und doch sollte er zu bewältigen sein, ehe abermals die Parze vom Webstuhle der Zeit ein fertiges Jahresstück abschneidet, als lebendiges und perennirendes Zeichen, dass wir uns nicht mit dem platonischen „Das Gute gewollt zu haben“ begnügen.

Das Erreichbare auch erreichen! Wir haben uns im verflossenen Jahre oft auf diesen Standpunkt gestellt, stellen müssen, wenn wir einsehen mussten, dass die Spitze, die wir eigentlich bezwingen wollten, für unsere Kräfte unbesteigbar blieb.

So haben wir auch Stellung genommen gegen jene Herren Collegen des Auslandes, welche in unserm Heimathlande die ärztliche Praxis zeitweise ausüben, ohne sich unsern Gesetzen, ja vielfach, ohne sich den Geboten der humanen Pflichten unseres Berufes zu unterziehen, unsere Kräfte allen Leidenden (und nicht nur den gut bezahlenden Curgästen) zu widmen: wir sind dabei von der hohen Warte des Cosmopolitismus der Wissenschaft und des allgemein humanen Strebens auf das tiefer liegende und beschränktere Gebiet der Nationalität herabgestiegen, jedoch nie zu dem der Ungerechtigkeit oder des Sackpatriotismus, um mit einem vulgären, aber deutlichen Worte die Lage drastisch klar zu legen. Gleichwie die Schweiz unter dem harten und herzlosen Drucke des „primum vivere, deinde philosophari“ von dem weitherzigen Standpunkte des Freihandels trotz allem innern Widerstreben durch die erdrückende Macht der äussern Verhältnisse auf die fatale Abwehr durch Schutzzölle herabgedrückt wird, die sie aber

nur als momentanen Rettungsanker aus der Noth betrachtet, so hoffen wir ebenfalls, unsere kleine Heimath bleibe auch fernerhin die Wiege liberal, allgemein menschlich aufgefasster Institutionen. Nichts liegt uns ferner, als ein Eindämmen der Wissenschaft, der Humanität und ihrer practischen Ausübung in die Wälle, die von einem Grenzpfahl zum andern aufgeworfen werden. Schieben sich aber von aussen ringsum so schwere Riegel vor unsere, bisher weit offenen Thüren, so heisst es eben: Caveant consules! — einstweilen bessere Zeiten abwarten und auf Erlösung hoffen. Der grundsätzliche Standpunkt wird nur momentan durch die leidige Opportunität gestört. Wir arbeiten uns schon durch und halten auch an diesem, idealen Standpunkt fest.

Und nun, liebe Collegen, zu ernster Arbeit, aber auch zu frohen Stunden

Prosit Neujahr!

Original-Arbeiten.

Eine einfache Methode zur Erzielung sicherer Asepsis.

Von Prof. Dr. **Theodor Kocher** in Bern.

„Fort mit dem Spray!" hat vor einigen Jahren der hochverdiente, zu früh verstorbene *Bruns* [1]) gerufen und gerne hat man diese Last abgeworfen. Fort mit dem Protectiv! ruft in einem vortrefflichen Aufsatze über Wundbehandlung Oberstabsarzt *Starcke* [2]) aus. Aber damit, dass man sich Spray und Protectiv schenkt, hat man noch lange nicht genug beseitigt von den anscheinend unentbehrlichen Vorschriften der antiseptischen Wundbehandlung, um auch dem in einfachern Verhältnissen practicirenden Arzte zu dem frohen Bewusstsein zu verhelfen, dass er die berühmten 7 Fehler von *Nussbaum* zu vermeiden verstehe. Das „Fort" muss noch viel weiter tönen und wir sagen deshalb in allererster Linie: Fort mit dem Catgut! aber auch: Fort mit all' den präparirten Gazen, von der *Lister*-Gaze bis zu den neuesten Erzeugnissen der Verbandstofffabriken!

Welchen Schaden das Catgut anrichten kann, darüber hat schon vor Jahren mehr als eine Mittheilung in medicinischen Zeitschriften Aufschluss gegeben. Zunächst ist von *Zweifel* eine Mittheilung gemacht worden über Zersetzungsvorgänge bei Aufbewahrung von Catgut in Carbolöl nach *Lister*'s älterer Empfehlung. Andere Chirurgen haben die Erfahrung bestätigt, dass man durch Catgut in obiger Aufbewahrungsweise Wunden direct inficiren kann und auch wir haben s. Z. einen Fall publicirt, wo eine Frau nach Excision einer Struma sarcomatosa in Folge Anwendung zersetzten Carbolölcatguts zu Grunde ging.

Als dann *Koch* zeigte, dass die öligen und alcoholischen Lösungen der Antiseptica nichts werth sind, da diese Menstrua die Wirkung der antiseptischen Stoffe in hohem Maasse abschwächen oder ganz aufheben, da hatte man genügende Erklärung für die Bedenken gegen das *Lister*'sche Catgut und man wandte sich deshalb andern Zubereitungsweisen zu. Am meisten Zutrauen hat und geniesst noch das

---

[1]) Berl. klin. Wochenschr. 1880, Nr. 43.
[2]) Vortrag in der Berl. militärärztl. Gesellschaft.

Sublimatcatgut und es ist keine Frage, dass in der Regel ein 6—12stündiges Einlegen von Catgut in 1‰ Sublimatlösung zu sicherer Sterilisirung ausreicht. Ob es ein Vortheil ist, das Catgut anhaltend in der Sublimatlösung liegen zu lassen, oder lange Zeit darin aufzubewahren, ist eine ungelöste Frage, da mit der Zeit Zersetzungen der Lösung stattfinden können bei Berührung mit einem Stoff unbeständiger chemischer Zusammensetzung.

Ebenso sicher wie das Sublimatcatgut ist das von uns eingeführte Juniperuscatgut nach den Nachweisen von Dr. *Tavel*, [1]) und es ist nicht zu bezweifeln, dass auch das Chromsäurecatgut, zumal in der jetzt von England aus importirten Modification, ein zuverlässiges Fadenmaterial ist.

Bei alledem und trotz alledem ist man doch zu leichthin über die Thatsache hinweg gegangen, dass die durch das Catgut s. Z. bewirkten Wundinfectionen nicht etwa blos darin bestanden, dass die Heilung per primam intentionem vereitelt wurde, sondern zum Theil schwere Formen acuter Infection darstellten, welche rasch einen schlimmen Ausgang herbeiführten.

Das letzte Sommersemester hat uns nun darüber belehrt, dass das Catgut, Dank seiner verdächtigen Herkunft, unter Umständen in einer Weise inficirt und präparirt sein kann, dass dessen Desinfection mit den bis jetzt gebräuchlichen oben erwähnten besten Antiseptica nicht sicher zu Wege zu bringen ist. Noch Ende Wintersemesters waren die Wundheilungen auf unserer Klinik so tadellos, dass ein College nach einer Visite, bei welcher wir eine grössere Zahl von Operirten vorgestellt hatten, staunend fragte, ob wir denn gar keine Eiterung mehr kennen?

Nun war es uns auf einmal im letzten Sommer beschieden, eine grössere Zahl von Infectionen von Wunden zu erleben, welche alle so typischen Verlauf zeigten, dass an einer gemeinsamen Ursache für alle nicht zu zweifeln war: Die Wunden verklebten in der Regel tadellos mit feiner Narbe, die ersten Tage schien Alles völlig nach Wunsch zu gehen, dann trat Fieber auf, Anschwellung und Empfindlichkeit im Bereich der schön verklebten Wunde, zur Zeit, als Naht und Drainröhren bereits seit Tagen entfernt waren und von einer secundären Infection nicht mehr die Rede sein konnte. Es bildeten sich nicht nur grosse Abscesse mit regelrechtem Eiter, sondern es kam zu subcutaner Gasentwicklung mit Ansammlung stinkender Wundsecrete. Es ist selbstverständlich, dass sofort der ganze antiseptische Apparat einer Revision unterworfen wurde und nach den verschiedensten Modificationen stellte sich mit Bestimmtheit heraus, dass nur das Catgut der Anstifter des ganzen Unheils war.

Ich gebe eine kurze Uebersicht über die Fälle:

a. Catgut-Zeit.[2])

1. A. Luxatio inveterata humeri, irreponibel. Resectio humeri am 5. Mai 1887. Am 8. Mai entzündliche Erscheinungen. Am 9. Mai Eiterung. Trotz Spaltung, Drainage, desinficirenden Spülungen, Stimulantien etc. stirbt Patient am 21. Mai an Sepsis.

[1]) Conf. Vortrag von Dr. *Tavel* vor Cantonalverein der Bernerärzte Sommer 1886.

[2]) Die obige Zusammenstellung ist wie die unten wiedergegebene nach Auszügen der HH. Assistenten Dr. *Tavel*, Dr. *Streit* und *Scholder* aus den Operationstabellen in chronologischer Reihenfolge hergestellt ohne Auslassung irgend eines Falles ausser unbedeutenden Operationen, welche nicht in den Tabellen aufgenommen sind.



2. K. Colloid Struma. Partielle Excision am 26. Juni 1887. (Krankengeschichte fehlt). Entlassung am 17. Juli 1887 geheilt.

3. J. W. Hernia inguinalis. Radicaloperation. (Krankengeschichte fehlt.) Geheilt.

4. C. M., 48 Jahre alt. Gonitis tuberculosa mit periarticulären Abscessen und hohem Fieber. Ablatio femoris am 7. Juni 1887. Offene Wundbehandlung mit aseptischer Tamponade. Secundärnaht am 15. Juni. Vollständige Heilung der Wunde am 30. Juni.

5. G. M., 18 Jahre alt. Struma. Partielle Excision am 12. Mai 1887. 14. Mai: Wunde gut verklebt, ebenso Drainöffnung. Kein Fieber. 19. Mai: Patient steht auf. 20. Mai: Längs der Nathlinie längliche Schwellung, auf Druck empfindlich. Am untern Theil der Narbe entleert sich seröser Eiter. — Temperatur 39°. Am 4. Juni noch kleine Granulationen an der Eiterungsstelle, Patient entlassen.

6. W., 56 Jahre alt. Struma. Excision rechts, Evidement links am 16. Mai 1887. — Am 17. Mai besteht etwas Fieber, das am nächsten Tag zunimmt. Schwellung und Secretion. — Heilung am 14. Juni.

7. J. K., 57 Jahre alt. Tendosynovitis tuberculosa der gemeinsamen Sehnenscheide der Hand. Exstirpation der tuberculösen Massen am 16. Mai 1887. — 28. Mai: Secretion, einige Sehnen necrotisch. 2. Juni: ausgedehnte Sehnennecrose, starke Eiterung. — Bei der Entlassung am 19. August besteht noch eine kleine Fistel am 5. Metacarpophalangalgelenk.

8. J. L. Struma cystica von erheblicher Grösse. Am 20. Mai 1887 Enucleation. Am 21. Mai Abends geringes Fieber und Schluckbeschwerden. 23. Mai: Wegnahme der Nähte, nachdem der Drain schon 2 Tage vorher entfernt ist. Wunde per primam geheilt. Es besteht aber noch Fieber und Kopfschmerzen. — 26. Mai: Beginn einer Infiltration und Abfluss einer eitrig serösen Flüssigkeit durch die Drainöffnung. Zunehmendes Fieber, die Eiterung wird stärker. Bei der Entlassung am 14. Juni besteht noch geringe Secretion. Wunde oberflächlich noch granulirend.

9. F. U., 14½ Jahre alt. Struma. Excision am 23. Mai 1887. Entfernung des Drains am 2. Tag, der Nähte am 3. Tag. Wunde per primam verklebt. Kein Fieber. 26. Mai: Die Drainöffnung hat necrotische Ränder bekommen. — 30. Mai: Hohes Fieber, gestörtes Allgemeinbefinden. — Am 2. Juni Nahtlinie geröthet; es entleert sich durch dieselbe ein dicker Eiter. — Vollständige Heilung erst am 26. Juni.

10. N. L., 26 Jahre alt. Struma. Excision am 27. Mai 1887. Am nächsten Tag bereits Fieber. Locale und Allgemeinbeschwerden, Athemnoth. — Am 28. Morgentemperatur 39,2, Mittags 40,0. Bedeutende Schwellung der Wunde, die äusserlich per primam verklebt ist. — Die Incision entleert blutig-seröse Flüssigkeit und etwas Eiter. Patient wird am 14. Juli mit geringer Secretion entlassen.

11. F. Gonitis fungosa. Resectio genu am 5. Juni 1887. Entfernung der Drains am 14. Juni. Geringe Secretion. — Am 28. Juni Drainröhrenöffnung noch offen. Am 4. Juli steht Patient auf und wird am 7. Juli mit Verband und geheilter Wunde entlassen.

12. M. H., 34 Jahre alt. Sehr grosse rechtseitige Struma bei hochgradiger Anæmie. — Excision am 2 Juni. Collaps. Transfusion. Am 3. Juni Abends höheres Fieber. — Am 4. Juni Nahtlinie sehr schön, keine Infiltration, dem Anschein nach vollständige Prima. — Patientin erhält die Erlaubniss aufzustehen. — Nach einigen Tagen (genaue Notiz fehlt in der Krankengeschichte) tritt Schwellung ein und es entleert sich ein Abscess aus den Drainöffnungen. Entlassung am 30. Juni mit einer kleinen Fistel.

13. M. H. Gonitis tuberculosa. Arthrectomia genu am 2. Juni 1887. (Weitere Notizen fehlen in der Krankengeschichte.) — Die Heilung ist durch Eiterung zu Stande gekommen.

14. F. J., 19 Jahre alt. Käsige Ostitis der ossa cuneiformia und zugehörigen Metatarsalknochen. Amputation der kranken Theile am 19. Juni, Secundärnaht am 28. Juni. Heilung am 14. Juli, so dass Patient ohne Schmerzen herumgehen kann.

15. J. Struma. Excision am 16. Juni. Heilung per primam am 20. Entlassung am 25. Juni.

16. G. H., 30 Jahre alt. Pseudarthrosis antibrachii nach Fractur. Ein-

legung von Elfenbeinstiften in die Markhöhle der Ulna und Radius am 16. Juni. — Es tritt Eiterung ein, die am 2. Juli sehr stark ist und am 27. Juli wird Patient mit fistulöser Wunde entlassen.

17. A. R., 52 Jahre alt. Intramurales Sarcoma uteri. Operation am 23. Juni 1887. Anlegung eines elastischen Schlauches, Abtragung, isolirte Unterbindung und Naht des Uterusstumpfes. — Am 2. Juli ist man genöthigt, die Wunde wegen Entzündung und Jauchung des Uterusstumpfes aufzumachen. Cauterisation des Uterusstumpfes mit dem Thermocauter. Jodoformverband. — Allmälig stösst sich das necrotische Gewebe los, so dass Patientin am 19. Juli mit granulirender Wunde entlassen werden kann.

18. F. K, 56 Jahre alt. Struma. Excision des rechten Lappens am 5. Mai 1887. — Am 7. Mai vollständige Primaheilung. — Am 12. Mai tritt Entzündung im Bereich der Drainnarben ein und am 13. Mai wird eine ausgedehnte Eiterung constatirt mit Fieber. Erst am 14. Juni ist die Wunde ganz geschlossen und kann Patient entlassen werden.

19. Sch., erwachsener Mann (die Krankengeschichte unvollständig). Strumitis. Excision der Schilddrüsenhälfte. Secundärnaht nach 6 Tagen. — Eiterung, so dass erst am 22. Juli die Wunde vollständig geheilt ist.

20. M. R., 16 Jahre alt. Retentio testium inguinalis, links mit Netzhernie. Operation am 31. Mai 1887. Abtragung der Netzhernie. Lösung beider Hoden und Verlagerung ins Skrotum. Am 1. Juni starkes Oedem. Am 4. Juni Entfernung der Nähte. Eiterung der Stichcanäle. Am 6. Juni stärkere Eiterung. Am 13. Juni Entleerung eines grösseren Skrotalabscesses. — Am 1. Juli sind die Fisteln noch nicht ganz geschlossen.

21. A. L., 12 Jahre alt. Käsig-tuberculöse Ostitis des Calcaneus mit Erkrankung der ausstossenden Gelenke und Knochen. — Operation am 31. Mai 1887. Entfernung von Talus, Calcaneus und Cuboideum. Am 5. Juni Entfernung der Nähte. Nahtabscesse, keine tieferen Eiterungen, doch kann erst am 5. Juni ein geschlossener Verband angelegt und Patientin entlassen werden.

22. A. L., 12 Jahre alt. Tuberculöse Lymphome des Halses. Exstirpation am 22. Juni. Heilung per primam.

23. Herr B., 40 Jahre alt. Struma cystica mit dicken Wandungen. Enucleation am 27. Juni 1887. 29. Juni: Entfernung von Nähten und Drains. 30. Juni: Vollständige sehr schöne Primaheilung. 1. Juli: Oedem am untern Ende der Narbe, 3. Juli: Eine wegen zunehmender Schwellung gemachte Punction entleert stinkende Jauche. 4. Juli: Incision des Abscesses. — 9. Juli: Entlassung.

24. Mme. L. D., 49 Jahre alt. Tubo-Ovarialcyste links. Papilloma ovarii rechts. Ovariotomie am 14. Mai 1887. Am 15. Brechneigung und Erbrechen. — Leib etwas aufgetrieben. 16. Juni: Entfernung der Nähte. Es tritt Kothbrechen ein. Laparotomie am 17. Mai. Leichte fibrinöse Peritonitis constatirt. Drainage. Am 19. Mai Collapserscheinungen, stärkere Auftreibungen. Exitus am 22. Mai. Die Autopsie ergibt eine diffuse Peritonitis mit Abscess im Becken.

25. Mme. D. Carcinoma mammae, im Privathause unter den günstigsten Verhältnissen operirt, zeigte nach zweimal 24 Stunden anscheinend tadellose Prima, aber einige Tage darauf entstand eine Phlegmone mit ausgedehnter Vereiterung der ganzen Wunde, so dass nur durch ergiebige Spaltungen die schliessliche Ausheilung erzielt werden konnte. Die nähern Daten fehlen.

26. Hr. St., 26 Jahre alt. Früherer Sehnenschnitt in der Vola manus. Sehnennaht mit Vereinigung des Flexor superficialis und profundus des Zeigfingers und Daumens am 22. Juni 1887. Am 24. Röthung und Schwellung mit Eiterung. Eczem in der Umgebung der Wunde. Trotz Eiterung hält die Vereinigung der Daumensehnen und des Flexor superficialis des Zeigefingers. Entlassung Mitte Juli.

27. Frl. L. G., 26 Jahre alt. Neuralgie des Hautastes der Axillaris rechts. Excision dieses Nerven am 24. Juni 1887. Keine Drainage. Eintritt von Eiterung. — Langsame Heilung.

28. Herr G. K., 38 Jahre alt. Ostitis diffusa vasculosa tibiae. Ausgedehnte Ausmeisselung der Tibia am 24. Juni 1887. Naht, Heilung durch Eiterung. Patient wird am 30. Juli mit einer kleinen secernirenden Fläche entlassen.

29. Frl. H., 16 Jahre alt. Arthritis fungosa genu. Arthrectomia genu mit Exstirpation der Patella, Entfernung der Knorpelschichten und Ausräumung eines tuberculösen Herdes im Condylus exterus femoris am 28. Juni 1887. — Am 1. Juli erscheinen die Wundränder gut verklebt. Keine Entzündung. Vom 4. Juli ab Temperatursteigerung, stärkere Schmerzen im Knie. Am 5. Eröffnung der Wunde. Eiterung in der Tiefe. Sehr hohes Fieber. Am 8. energische Desinfection der diffus eitrig infiltrirten Wunde. — Am 12. Cauterisation derselben mit dem Thermocauter. — Sehr langsame Heilung, so dass Patientin erst am 21. October mit geheilter Wunde entlassen werden kann.

30. Charles H.. $2^1/_2$ Jahre alt. Palatum fissum. Operation. Entzündung der Wunde. Heilung blos partiell. Starke Allgemeinstörungen.

31. Herr Jules F. J. Tuberculös-fungöse Gonitis rechts. Ostitis fungosa centralis capitis tibiae links. — Ausräumung links und resectio genu rechts am 17. Juli 1887. Ein Jodoformtampon ist in der Wunde übersehen worden und wird erst nach 8 Tagen herausgenommen. — Bis dahin Temperatur normal. Am 27. wird wegen Temperatur-Erhöhung die Wunde aufgemacht. Diphtheritische Beläge derselben. — Die Temperatur bleibt hoch, bis der Verband mit Salicylpulver gemacht wird. Von da ab Abfall der Temperatur, Reinigung der Wunde, doch müssen mehrere Abscesse aufgemacht werden. Da am 30. September 1887 noch immer Eiterung besteht, wird zur Ablatio femoris geschritten. Dieselbe, in die „Seidezeit" fallend, ist in 2 Tagen durch vollkommene Verklebung geheilt.

Von den 31 aufgeführten grossen Operationen in einem Zeitraum von 7 Wochen ist in den kurzen Notizen über Fall 2 und 3 von keinen Complicationen die Rede, 1 Struma in der späteren Zeit dieser Sturmperiode operirt und ebenso eine Lymphomexcision am Halse sind laut Krankengeschichte per primam geheilt. Bei der Struma ist im Operationsbericht ausdrücklich erwähnt, dass mit Seide unterbunden worden sei. Der Fall gehört also eigentlich in die spätere Serie hinein. Es ist demnach factisch in dieser Periode nur ein einziger Fall, eine relativ kleine Operation betreffend mit wenigen Unterbindungen, da es sich um nicht verwachsene Lymphome handelte, per primam geheilt. Das ist geschehen, nachdem vorher — wie schon erwähnt — die Primaheilung nur durch Ausnahmen unterbrochen war und während nachher unter denselben Aussenverhältnissen wieder Resultate erzielt werden konnten, die man sich nicht besser wünschen kann.

Fall 4 und 19 dürften allenfalls noch ausgemerzt werden, weil bereits vorher Eiterung bestand, einmal bei einer Gonitis mit aufgebrochenen Abscessen und hohem Fieber, während das andere Mal bei einer vereiterten und bereits in's peristrumöse Gewebe durchgebrochenen Strumacyste operirt werden musste. Bei beiden Individuen kam die Secundärnaht zur Anwendung und erfolgte Heilung. Es bleiben also 25 Fälle. Bei 3 derselben ist die Heilung eine befriedigende. Aber es ist bemerkenswerth, dass bei diesen Fällen keine unmittelbare Primaheilung angestrebt wurde. Bei Fall 11 mit Resectio genu blieben die Drains 9 Tage liegen, bei Fall 14 wurde erst nach 9 Tagen eine Secundärnaht angelegt, bei Fall 21 wurden die Drains wahrscheinlich erst nach dem 5. Tage entfernt, da in der Krankengeschichte bemerkt ist, dass die Nähte erst am 5. Tage herausgenommen wurden.

Die übrig bleibenden 22 Fälle, bei welchen der den Verhältnissen nach vollberechtigte Versuch einer Primaheilung gemacht wurde, haben alle zweifellose Infectionen durchgemacht, sei es blos in Form einfacher, sei es

jauchiger Abscesse, sei es umschriebener Phlegmonen, sei es diffuser necrosirender Vereiterungen. Und zwar ist mit wenigen Ausnahmen die mit Seide genähte Wunde so schön verklebt, dass man sich über die tadellose Prima freute, bis kurz oder gewöhnlich erst mehrere Tage, oft 8 Tage darauf locale Entzündungserscheinungen in der Tiefe mit Schwellung, Druckempfindlichkeit und Fieber auftraten, um bis zur spontanen oder künstlichen Eröffnung der verklebten Wunde stetig zuzunehmen. Da wo diese Eröffnung zu spät vorgenommen wurde oder nur unvollkommen möglich war, ist es sogar zum Exitus lethalis gekommen, so bei einer Resectio humeri eines alten Mannes und bei einer Ovariotomie. Aber selbst wo die Eröffnung der Wunde frühe und ergiebig vorgenommen wurde, schwebten die Patienten einige Male in Lebensgefahr und es bedurfte der energischesten Desinfection und langer sorgfältigster Behandlung, um endlich wieder den aseptischen Zustand der Wunde herzustellen. Das geschah, wie erwähnt, bei Fällen, wo die Hautwunden ohne Röthung und Schwellung heilten, sobald wir zur Naht wie gewöhnlich Seide benutzten. Wenn wir dagegen, wie bei den Fällen einer Palatorhaphie, auch zur Naht Catgut anwandten, so eiterten die Stichcanäle und es kam von hier aus zu entzündlichen Schwellungen und diphtheritischen Belägen.

Nach dieser primalosen, schrecklichen Zeit, während welcher die chirurgische Arbeit für eine Zeit lang verdreifacht, zum Theil verzehnfacht war, konnten wir uns der Thatsache nicht mehr verschliessen, dass es Catgut im Handel gibt, welches in einer Weise infectiös ist und in einer Form hergestellt wird, dass unsere besten Antiseptica die vollkommene Sterilisirung nicht zu Wege zu bringen vermögen. Denn es kam sowohl Juniperus- als Sublimatcatgut zur Verwendung. Wir haben deshalb dem Catgut den Abschied gegeben und unsere sämmtlichen Operationen seither blos mit feiner Seide gemacht und zwar haben wir einfachheitshalber in der Regel blos noch eine einzige feine Nummer in Gebrauch. Falls dieselbe z. B. zu Entspannungsnähten einfach zu schwach ist, benützen wir sie 2-, 3- und 4fach. Dadurch ist unsere Antisepsis ganz ausserordentlich vereinfacht worden und was die Hauptsache ist, die Resultate sind mit einem Schlage wieder andere geworden. Nicht nur sind die Wunden wieder per primam intentionem geheilt, sondern wir haben es wagen dürfen, noch viel grössere Ansprüche zu machen als früher und uns auf die Vollkommenheit unserer antiseptischen Maassnahmen völlig zu verlassen. Es wirkt wohl am überzeugendsten, wenn wir auch hier unsere sämmtlichen Fälle nach einander aufführen nach Auszügen unserer Assistenten. Sie sind zwar nicht zahlreich in Anbetracht der Zeit, da wir in den Ferien gezwungen sind, unsere Abtheilungen zu leeren der finanziellen Nöthen des Spitals wegen, aber sie mögen doch qualitativ in die Wagschale fallen.

b. Seide-Zeit.

1. R. Sch., 7 Jahre alt. Luxatio congenita femoris sinistri. Bildung einer neuen Pfanne mit dem Meissel und Reposition des Femurkopfes am 7. Juli 1887. Glasdrain. Naht. — Entfernung der Nähte am 13. Vollständige Prima. — Entfernung des Gypsverbandes am 22. Anlegung eines Heftpflasterzuges. Am 23. August kann die Patientin alle Bewegungen, wenn auch beschränkt, ausführen.

2. L. Hernia inguinalis incarcerata. Operation am 15. Juli 1887. Tadellose Heilung per primam. Naht am 19. entfernt. Entlassungstag nicht notirt.



3. H. Tuberculose des Calcaneus und der anstossenden Gelenke und Weichtheile. Amputatio cruris am 7. Juli 1887. Entfernung der Naht am 18. Vollständige Heilung. — Entlassung am 28.

4. M. M. Struma vasculosa von bedeutender Grösse mit Basedowerscheinungen. Excisio strumæ rechterseits am 18. Juli. Heilung per primam. Entlassung am 25. Juli 1887.

5. Fr. W.-E., 57 Jahre alt. Retromaxilläres Angiolipom. Excision am 6. Juli 1887. Rasche Heilung. (Nähere Angaben fehlen in der Krankengeschichte.) Entlassung am 11. Juli 1887.

6. Rh. Ostitis pedis syphilitica-tuberculosa. — Ablatio cruris am 15. Juli 1887. Ungestörte Heilung per primam. Patient entlassen am 28. Juli 1887.

7. E. Pf., 18 Jahre alt. Struma haemorrhagica colloides. — Excision am 17. Juli 1887. Heilung per primam. — Entlassung am 25. Juli 1887.

8. A. B. T. Struma colloides-cystoides. Excision am 14. Juli 1887. Heilung per primam. — Entlassung am 25. Juli 1887.

9. S. K., 39 Jahre alt. Struma colloides von bedeutender Grösse. Excision des linken Lappens am 14. Juli 1887. Heilung per primam. Entlassung am 23. Juli 1887.

10. A. Ae., 66 Jahre alt. Hernia cruralis incarcerata littrica. Herniotomie am 17. Juli 1887. Entlassung am 23. Juli 1887.

11. L. Ae. Peritonitis tuberculosa miliaris diffusa. — Laparotomie am 19. Juli 1887. Vollständige Primaheilung. Entlassung nicht notirt.

12. H. B., 28 Jahre alt. Omarthritis fungosa. — Resectio humeri am 28. Juli. — Vollständige Prima. — Entlassung am 16. August mit linearer Narbe. Allseitige active Beweglichkeit (wenn auch beschränkt) im Schultergelenk.

13. Fr. L., 33 Jahre alt. Kiemeugangcyste am rechten Kieferwinkel. Operation am 23. Juli 1887. — Heilung per primam. Entlassung am 2. August 1887.

14. L. H., 27 Jahre alt. Struma colloides. Excision am 25. Juli 1887. Heilung per primam. Entlassung am 4. August 1887.

15. Frau A., ca. 60 Jahre alt. Aneurysma der art. Anonyma. Ligatur der rechten Carotis und Subclavia am 25. Juli 1887. Heilung per primam.

16. P. Z., 55 Jahre alt. Struma permagna colloides. Excision am 30. August 1887. Entfernung der Drainröhre am 1., der Nähte am 3. September 1887. Vollständige Prima. — Entlassung am 8. September 1887.

17. E. K., ca. 40 Jahre alt. Hernia ventralis nach früherer Laparotomie. Radicaloperation am 30. August 1887. Vollständige Prima. Entlassung am 19. September 1887.

18. L. H., 4 Jahre alt. Struma colloides. Excision am 19. September 1887. Entfernung der Nähte am 21. Vollständige Prima. Entlassung am 27.

19. E. D, 27 Jahre alt. Atresia vaginae mit multipeln Haematocelen. Laparotomie am 19. September 1887 zur Orientirung über die Lage des Uterus und zur Ermöglichung sicherer Einführung eines dicken Troicarts in denselben von unten. Völlige Heilung der Bauchwunde per primam. — Wiedereintritt der Menses. — Entlassung am 22. October 1887.

20. B. B., 54 Jahre alt. Fibrocystoma diffusum beider Mammae. Beidseitige Exstirpation am 22. September 1887. Entfernung der Nähte am 26. An einigen Stellen leichte Hautgangrän, im übrigen Prima. — Am 8. October völlige Heilung. Patientin wird entlassen.

21. M. Sch. Hernia inguinalis incarcerata mit Gangrän des Darmes. Operation 24 Stunden nach Beginn am 2. October 1887. Resection von 21 cm. Darm. Naht der Wunde ohne Drain. Entfernung der Nähte am zweiten Tag. Vollkommene Prima.

22. Dieselbe Patientin. Als Patientin entlassen werden soll, klemmt sich auf der andern Seite eine Cruralhernie ein. Herniotomie mit radicaler Operation, nach drei Stunden am 3. November 1887. — Naht ohne Drain. Entfernung der Nähte nach zwei Tagen. Vollständige Prima. — Entlassung am 11. November 1887.

23. A. V., 18 Jahre alt. Sarcoma femoris. Exarticulatio coxæ am 20. Oc-

tober 1887 mit sehr starker Blutung. Entfernung der Drains nach 24, der Nähte nach 48 Stunden. Vollständige Prima. Patientin steht nach 8 Tagen auf.

24. A. Z., 53 Jahre alt. Carcinoma mammae mit ausgedehnter Erkrankung der Axillardrüsen. Excision mit Ausräumung am 3. November 1887. Entfernung des Drains nach 24, der Nähte nach zweimal 24 Stunden. — Vollständige Primaheilung. Entlassen am 10. November 1887.

25. F. A., 54 Jahre alt. Carcinoma mammae mit ausgedehnter Ulceration der Haut. Carcinom der Achseldrüsen. — Operation am 5. November 1887. Naht am 6. November mit Transplantation mehrerer Hautstücke, da die Hautwunde wegen der grossen Defects sich nicht vereinigen lässt. — Vollständige Heilung per primam bis auf die Streifen der Wundoberfläche, welche nicht von Haut bedeckt sind.

26. Frau H. Fibrinöse Entzündung eines Bruchsackes einer Schenkelhernie. Radicaloperation am 19. October 1887. Naht ohne Drain. — Entfernung der Naht nach zwei Tagen. Vollständige Prima.

27. Miss G. Dermoid des rechten Ovarium mit starken Verwachsungen. Multiple Cysten des linken Ovariums. Doppelseitige Ovariotomie am 21. Juni 1887. Ungestörte Primaheilung.

28. Frl. v. W., 24 Jahre alt. Hernia cruralis omentalis dextra. Radicaloperation am 22. Juni 1887. Entfernung der Näthe am 27. Collodialstreifen. Vollständige Heilung. — Entlassung am 1. August 1887.

29. Mr. D., 48 Jahre alt. Alte Fractur am Ellbogengelenk mit Dislocation und Kapselverknöcherung. — Totalresection des Ellbogengelenkes. Rasche Heilung. Die genauen Notizen fehlen.

30. Mme. A., 36 Jahre alt. Multiple Lymphome am Hals tuberculöser Natur. Operation am 1. Juli 1887. Tadellose Prima am 4., Entlassung am 9. Juli.

31. Mme. P. Myxadenoma Mammae. Excision am 1. Juli 1887. Vollständige Prima ohne Drain.

32. Fr. A. W., 21 Jahre alt. Struma colloides der rechten Schilddrüsenhälfte. Excision am 19. Juli 1887. Vollständige Heilung am 22. Juli 1887. Entlassung am 28. mit lineärer feiner Narbe.

33. Dieselbe Patientin mit einem grossen Colloidknoten in der linken Schilddrüsenhälfte. Enucleation am 25. October 1887. Am 27. Entfernung von Nähten und Drain. Am 31. steht Patientin auf. Entlassung am 3. November 1887 mit feiner lineärer Narbe.

34. Mr. F. J., 58 Jahre alt. Bursitis olecrani fistulosa. — Excision am 26. Juli 1887. — Entfernung des Drain am 27. Juli 1887, der Nähte am 29. Vollständige Prima.

35. Mr. H. C., 36 Jahre alt. Carcinoma labii inferioris. Excision am 26. Juli 1887. Entlassung vollständig geheilt am 30. Juli 1887.

36. Frl. A. B. R., 29 Jahre alt. Grosser kalter Abscess auf der 2. Rippe. — Exstirpation des Abscesses am 1. October 1887. Entfernung der eingelegten Jodoformgazestreifen am 2. October, der Nähte am 3. October. Vollständige Primaheilung.

37. Dieselbe Patientin. Tuberculöse Axillardrüsen. — Exstirpation derselben am 21. October 1887. Entfernung von Nähten und Drain am 23. Vollständige Prima am 25. Entlassung am 29. October 1887.

38. Frau V. R., 51 Jahre alt. Cystoma ovarii sinistri mit ausgedehnten Verwachsungen namentlich gegen Coecum und S. romanum, so dass die Muscularis des Darmes abgelöst und genäht werden muss. — Inhalt der Cyste vereitert. — Multiple Seidenligatur des Stiels. — Entfernung der Nähte nach zweimal 24 Stunden. — Absolute Prima. Entlassung nach 16 Tagen.

39. Mme. P., 65 Jahre alt. Cystoma ovarii dextri mit blutigem Inhalt. — Breite Verwachsungen. Behandlung wie im vorigen Fall. Absolute Prima. Patientin steht nach 10 Tagen auf und wird wie die vorige Patientin nach 16 Tagen entlassen.

40. Mme. D., 32 Jahre alt. Neuralgia supraorbitalis. — Dehnung des Nerven am 24. September 1887. Absolute Prima nach zwei Tagen.

41. Hr. F. Sch. Lipoma frontis. Excision am 24. September 1887. Heilung per primam.

42. Frl. F. Sch., 37 Jahre alt. Lipoma dorsi. Excision am 23. September 1887. — Vollständige Prima nach zwei Tagen.

43. Mme. E. D., 53 Jahre alt. Recidives Achseldrüsencarcinom. — Excision mit Unterbindung der Vena axillaris am 4. October 1887. Drain nach 24, Nähte nach zweimal 24 Stunden entfernt. — Vollständige Prima.

44. Hr. J. B., 20 Jahre alt. Struma cystica hämorrhagica. — Excision am 8. October 1887. Sehr starkes Emphysem durch Einpumpen von Luft in das Mediastinum wegen hochgradiger Tracheostenose. Kein Drain. — Nähte nach zweimal 24 Stunden entfernt. Vollständige Verklebung der Wunde trotz des Emphysem. — Entlassung des Patienten am 15. October 1887.

45. Frl. B., 51 Jahre alt. Carcinom der Brust- und Achseldrüsen. — Excision am 21. October 1887. Entfernung des Drains nach 24, der Nähte nach zweimal 24 Stunden. — Vollständige Prima.

46. Hr. B., 65 Jahre alt. Multiple maligne Lymphome der regio supraclavicularis dextra bis unter die Clavicula reichend. Excision der ganzen Masse am 21. October 1887. — Am 23. Drain und Nähte entfernt. Vollständige Prima am 25. Patient steht auf. — Entlassung am 29. October 1887.

47. Mr. E. M. Struma maligna, seit einem Monat rapid gewachsen mit erheblichen Beschwerden. — Exstirpation am 24. September 1887. Dauer der Operation $3^1/_2$ Stunden. — Ein Trachealknorpel muss mitresecirt werden. — Am 26. Entfernung der Nähte. Am 29. Schwellung der Wunde mit tympanitischem Schall. — Die Eröffnung derselben mit einer feinen Sonde entleert Luft und klare seröse Flüssigkeit. — Entfernung der Fäden am 8. October. — Sofortige Verklebung der Wunde. — Entlassung am 3. October.

48. Frl. E. M., 15 Jahre alt. Pes varus inveteratus links. Totalexcision von Naviculare, Cuboideum und cuneiforme tertium am 29. September 1887. — Am 7. October Entfernung der Nähte. Etwas Hautgangrän entstanden. — Keine Spur von Entzündung oder Eiterung. Geschlossener Gypsverband. — Am 19. October Entlassung der Patientin.

49. Frl. Sch., 63 Jahre alt. Carcinoma Mammae mit Erkrankung der Achseldrüsen. Excision am 12. Juli 1887. — Entfernung der Nähte am 15. Ausgedehnte oberflächliche Druckgangrän. Bildung eines Abscesses darunter. — Langsame Heilung, so dass Patient erst am 30. entlassen werden kann. — Die grosse Achselhöhlenwunde ist trotz der Gangrän per primam verklebt.

50. Fr. M. R., 45 Jahre alt. Carcinoma Mammae und der Achseldrüsen. Excision am 17. September 1887. Bildung einer ziemlich ausgedehnten Phlegmone, wie sich später herausstellte durch Benützung eines Glases mit stark verunreinigten Schwämmen. Langsame Heilung.

51. Mr. S. D., 55 Jahre alt. Adenoma sebaceum cutis. Excision am 26. Juli 1887. Entfernung der Nähte und Entlassung auf Wunsch des Patienten schon am nächsten Tag. Patient soll zu Hause einen Abscess bekommen haben.

52. Frl. H. B., 16 Jahre alt. Angiofibroma plantae pedis. Excision am 20. September 1887. Partielle Hautgangrän. Patientin wird am 29. entlassen. — Keine Eiterung, keine entzündlichen Erscheinungen.

53. F. W., 13 Jahre alt; 54. A. N., 13 Jahre alt und 55. L. B., $12^1/_2$ Jahre alt. Alle drei am 12. November wegen Struma colloides cystoides operirt mit partieller Excision. Naht ohne Drain, Wegnahme der Nähte nach zweimal 24 Stunden, vollständige Prima mit feiner Narbe.

56. W. W., 31 Jahre alt. Ankylose des linken Ellbogengelenks nach Fractur des Capit. radii und condyl. ext. humeri. Partielle Resection mit totaler Entfernung des Radiusköpfchens am 10. November. Jodoformtampon mit partieller Naht, jener am 2., diese am 3. Tage entfernt. Heilung ohne weitere Wundsecretion mit vollständiger Verklebung.

57. Schm., 29 Jahre alt. Faustgrosses Dermoid am Halse. Excision am 14. November ohne Drain. Vollständige Heilung nach zweimal 24 Stunden.

58. H., 8 Jahre alt. Sarcoma genae, vom Corpus adiposum malæ ausgegangen, vom Arzte incidirt und daher inficirt und entzündet. Excision am 7. November. Voll-

ständige Prima in zwei Tagen. Nach dem Munde zu ist eine Oeffnung belassen worden zur Heilung einer bestehenden Speichelfistel.

59. F. Sch., 16 Jahre alt. Struma colloides. Excision am 11. November 1887. Naht ohne Drain. Wegnahme der Nähte nach zweimal 24 Stunden. Vollkommene Verklebung.

60. F. W. Struma colloides von Faustgrösse. Excision am 15. November. Wegen der Grösse der Höhle Drain für 24 Stunden. Nähte nach zwei Tagen entfernt. Vollkommene Prima.

61. F. K., 28 Jahre alt. Gonitis caseosa tuberculosa. Resectio genu am 1. November 1887. Ein tiefer gehender Käseherd im Condyl. ext. tibiæ wird ausgehöhlt, Drains und Naht nach zweimal 24 Stunden entfernt. Völlige Verklebung der Nahtlinie. Bis zum 8. fliesst aus dem oberen Drain des Quadricepsbeutels noch seröse Flüssigkeit, danach ist die Heilung vollständig. Dagegen fühlt man noch an der vordern Fläche des Femur eine Flüssigkeitsansammlung, aber ohne Schmerzen, ohne Infiltration, ohne Temperaturerhöhung. Am 15. November vor Anlegung des definitiven Gypsverbandes wird dieselbe punctirt und schwarzes, flüssiges, völlig aseptisches Blut entleert. Nach Anlegung des Verbandes vermag Patient am 18. November das Bein aus der Rückenlage zu erheben.

62. Frl. N. Cholecystitis purulenta in Folge von grossen Gallensteinen, welche die Gallenblase ulcerirt haben. Peritonitische Erscheinungen. Cholecystectomie am 4. November 1887 mit senkrechtem Schnitt am Rectusrand von ca. 12 cm. Länge. Ausgedehnte Verwachsung der Gallenblase mit Netz und Därmen. Wegnahme der Nähte nach zweimal 24 Stunden. Vollständige Primaheilung.

Wenn wir die eben skizzirten 62 Fälle den 31 Fälle der vorangegangenen Zeit gegenüberstellen, so wird man zugeben, dass zwar die Umwälzung, welche die erste Einführung von *Lister*'s Methode bezüglich der Mortalitätsverhältnisse nach Operationen ergeben hat, eine viel gewaltigere ist, dass aber kaum je ein frappanterer Umschlag bezüglich Wundverlauf in so kurzen, unmittelbar auf einander folgenden Zeiträumen beobachtet oder wenigstens mitgetheilt worden ist seit Einführung der antiseptischen Wundbehandlung: Nahezu 2 Monate lang trotz günstigster Aussenverhältnisse, trotz sorgfältigster Behandlung, trotz langer und bewährter Vertrautheit des ganzen chirurgischen Personals mit den Erfordernissen der Antiseptik fast ausnahmslos Infection, Eiterung, Sepsis in Fällen, wo Alles darauf angelegt schien, eine Primaheilung zu ergeben; in der unmittelbar folgenden Zeit dagegen von einem genau bestimmbaren Momente an in allen Fällen, wo eine Primaheilung überhaupt in Frage kommt, die tadelloseste Heilung der Wunden, eine unmittelbare Verklebung bei den ausgedehntesten Verletzungen, so dass stets mit Wegnahme der Nähte die Heilung fertig ist, ohne irgend eine Secretion, ohne Drainfistel, ohne irgend eine nachträgliche Störung! Wird man wohl noch ein Mehreres verlangen dürfen, als bei einer Exarticulatio femoris bei einem sehr heruntergekommenen, anämischen Mädchen die Drains nach 24, die Nähte nach 2 × 24 Stunden entfernen zu dürfen und die Wunde in ganzer Ausdehnung verklebt zu finden, ohne dass nachträglich die geringste Empfindlichkeit, Schwellung oder Ansammlung von Serum oder Blut einträte? Und wird man mehr verlangen dürfen, als dass man am selben Tage 3 Strumaexcisionen macht, die Wunden schliesst ohne Drain und nach 2 × 24 Stunden alle 3 Patienten ohne Störung per primam verheilt findet? An einer Serie von 11 Strumaexcisionen in der ersten Periode ist ersichtlich, dass blos eine ohne Abscedirung geheilt ist, bei 16 der zweiten Periode ist nicht blos Eiterung in keinem einzigen Falle eingetre-

ten, sondern bis auf eine maligne Struma sind alle durch absolute Verklebung geheilt, mit und ohne Anwendung von Drainröhren.

Dieser vollkommene Umschwung von der fast ausnahmslosen Störung des Wundverlaufs durch infectiöse Einflüsse zu der vollkommensten Art der Wundheilung, welche derjenigen subcutaner Wunden völlig analog ist, ist zu Stande gekommen unter Beibehaltung derselben Aussenverhältnisse, desselben Locales mit seinen Einrichtungen, desselben Personals mit seinen menschlichen Unvollkommenheiten, derselben Wundbehandlungsstoffe und derselben Antiseptica mit der einzigen Aenderung, dass Catgut wegblieb und Seide allein zu Suturen und Ligaturen verwendet wurde.

Eine ganze Zahl von Chirurgen wird mir einwenden: Aber wir brauchen ja nichts als Catgut zu unseren Ligaturen und zu unseren Suturen und unsere Wunden heilen uns auch per primam. Ich antworte ihnen: Es wird mir sehr lieb sein, wenn durch Publication einer genau chronologischen Reihenfolge von grösseren Operationen von verschiedenen Chirurgen die Thatsache erhärtet wird, dass wir jetzt wirklich da angelangt sind, wo wir practisch bessere Resultate der Antisepsis nicht mehr verlangen dürfen und brauchen. Denn es wird durch diese Belege dem Gros der Aerzte zum Bewusstsein gebracht werden, dass es sich nicht darum handelt, stets nach neuern und bessern Antiseptica zu haschen, sondern die gebotenen auf das Gewissenhafteste gebrauchen zu lernen. Aber ich möchte auf obigen Einwand noch das Weitere antworten: Auch ich habe so schöne Resultate gehabt mit Catgutanwendung! Auch ich habe ganze Serien von Fällen per primam geheilt, wo ich mit Catgut unterband und sogar nähte! Das thut indess der Thatsache keinen Eintrag, dass ich auf einmal ein Catgut in die Hände bekommen habe, das durch die besten bekannten Mittel sich nicht hat desinficiren lassen und wenn ich deshalb meine Stimme gegen das Catgut erhebe, so geschieht dies, weil ich nicht einsehe, warum nicht genau dasselbe Missgeschick plötzlich diesen oder jenen der geübtesten Chirurgen auch zustossen könnte und weil ich meine Collegen vor den daherigen Unannehmlichkeiten bewahren möchte.

Mit der Seide hat, so viel mir bekannt, Niemand ähnliche Erfahrungen gemacht; man wolle beachten, dass selbst zur Zeit unserer Catgutinfectionen die mit Seide genähten Hautwunden die schönsten Heilungen ergaben und dass die Infection von der Tiefe aus erfolgt ist.

Ich habe mir Mühe gegeben, mich über die Zubereitungsweise des Rohcatgut zu orientiren. Es ist mir aber noch nicht gelungen. Gemäss seiner Herkunft ist es aber von vorneherein ein höchst verdächtiges Material und wenn bei seiner Herstellung noch Factoren einwirken, welche den Zutritt von antiseptischen Lösungen und Mitteln überhaupt erschweren, so kann es kaum fehlen, dass wir mit dem Catgut die allergefährlichsten Infectionsstoffe in die Wunden einpflanzen. Denn dass mit der Impfung eines Infectionsstoffes auf eine Wunde mittelst eines Fadens unvergleichlich mehr Schaden angerichtet wird, als mit Auffallen der mannigfaltigsten Keime aus der Luft, das ist — seit Wundinfectionen experimentell studirt werden — zur Genüge bekannt. Es handelt sich hier um mehr, als um das was man bei Berührung der Wunden mit Händen, Instrumenten und Schwäm-

men als Contactinfection bezeichnet hat. Es wird hier vielmehr dem infectiösen Material schon ein Nährboden mitgegeben, der in dem Brütofen des menschlichen Körpers die günstigsten Verhältnisse zu seiner Entwicklung findet. Man könnte hier von einer Incubationsinfection sprechen, oder von einer Implantationsinfection.

Offenbar ist diese Form der Infection die allergefährlichste, weil sie am längsten dauert, der directen Beobachtung entgeht, erst nach Tagen anscheinend günstigen Verlaufs in die Erscheinung treten kann und deshalb der nachträglichen Desinfection die grössten Schwierigkeiten bereitet. Wir müssen deshalb vollkommen sicher sein, dass das Fadenmaterial, überhaupt Alles, was in die Tiefe der Wunde gebracht wird und dort verweilt, vollkommen sterilisirt wird und wie wir nicht mit Vorliebe eine Operation ausführen, welche eine Primaheilung erlaubt, mit Instrumenten, welche vorher mit infectiösen Stoffen beschmutzt sind oder Schwämme benützen, welche schon bei Eröffnung von Abscessen gedient haben, so sollten wir ein Material von so infectiöser Herkunft wie das Catgut ein für alle Mal verbannen.

Bei der Seide liegt die Sache ganz anders. Hier ist der Rohstoff nicht schon mit Infectionsstoffen imprägnirt und wird nicht in einer Weise zubereitet, dass die antiseptischen Lösungen schwierig oder gar nicht einzudringen vermögen. Im Gegentheil dringt bei Seide die Lösung relativ leicht in die feinsten Maschen hinein und vermag ihre Wirksamkeit zu entfalten. —

Einer Modification bei der Blutstillung müssen wir noch Erwähnung thun. Seit wir Seide zu Ligaturen benützen, zunächst in der Absicht, nicht gar zu grosse Quantitäten derselben in die Wunde zu bringen, haben wir nach Anlegung der Arterienzangen während der Operation, am Ende derselben die grosse Mehrzahl zumal kleiner Gefässe einfach torquirt und nur das unterbunden, was trotz der Torsion wieder blutete. Damit die Torsion die Blutung stille, muss das blutende Gefäss gut gefasst sein und vollständig abgedreht werden und zu diesem Behufe benützen wir die seit Jahren in unserer Klinik eingeführte Modification der *Köberle-Péan-Billroth*'schen Arterienzangen, darin bestehend, dass wir am vordern Ende kleine Haken anbringen lassen nach Art der Hakenpincetten. So modificirt fassen die Zangen selbst in sehr derbem und strammem Gewebe vorzüglich. Im Interesse der Antisepsis sind die früher gerippten Zangen auf unsern Wunsch von Herrn Walter-Biondetti in Basel glatt gerinnt angefertigt worden; doch fassen die gerippten Zangen sicherer.

Neben dem Faden sind es die Schwämme, welche zur Verhütung der Contactinfection die grösste Berücksichtigung verdienen. Wir haben versucht, dieselben in Sublimatlösung ähnlich wie die Faden aufzubewahren. Allein einerseits leiden hiebei die Schwämme zu sehr und die Sublimatlösung ist Zersetzungen zu sehr ausgesetzt. Auch die Erfahrung haben wir gemacht, dass es nichts werth ist, in Carbol aufbewahrte Schwämme nachher in Sublimatlösung zu bringen. Es bildet sich ein Niederschlag, der die Wunde verunreinigt und die Wirkung der Antiseptica beeinträchtigt. Deshalb gehen wir in einfachster Weise so vor: Die mit Seife und warmem Wasser gründlich gereinigten und mehrfach abgebrühten Schwämme

kommen in eine klare 5°/₀ Carbollösung. Vor der Operation werden sie sammt der Lösung in ein Emailgefäss ausgegossen und durch eine Rollpressmaschine ganz fest ausgepresst in ein desinficirtes Emailgefäss gebracht und so zugereicht. Die Schwämme sollen also die Wunde durchaus nicht desinficiren, sondern blos nicht inficiren und dass die Benutzung derselben in der erwähnten Weise dies leistet, beweist unsere Zusammenstellung.

Die Instrumente, so weit sie glatt und polirt sind, lassen sich — wie *Kümmel* gezeigt hat — durch einfaches Abreiben und Einlegen in Carbollösung ohne Schwierigkeit aseptisch machen. Die complicirten Instrumente kochen wir 2 Stunden lang in gewöhnlichem Wasser.

Ueber die Desinfection der Hände hat sich in neuester Zeit *Fürbringer* ausgesprochen und verlangt auf Grund seiner bacterioscopischen Untersuchungen gründliches Abseifen mit Bürste und warmem Wasser, danach Baden in Alcohol und zuletzt in 1°/₀₀ Sublimatlösung. *Forster* in Amsterdam verlangt für die völlige Asepsis blosses Abbürsten mit Seife und Wasser und unmittelbare Desinfection mit 1°/₀₀ Sublimat. *Kümmel* endlich findet nach dem Abseifen blos 5°/₀ Carbollösung und 50°/₀ Chlorwasser vollständig sicher wirksam. Unsere eigenen Resultate berechtigen uns, den Resultaten der *Forster*'schen Untersuchungen beizustimmen. Wir haben noch vor Kurzem unmittelbar nach Beschmutzung unserer Hände mit dem Eiter einer acuten Osteomyelitis, reichlich den Staphylococcus pyogenes aureus enthaltend, eine Excision einer grossen Struma vornehmen müssen. Dieselbe ist in 2 × 24 Stunden durch vollkommene Verklebung geheilt. Nach *Fürbringer*'s Versuchen selbst scheint es uns ungleich wichtiger, sich die Nägel kurz zu schneiden, jeglichen Schmutz im Nagelfalz und Nagelrand mit dem Messer mechanisch gründlich zu entfernen und durch Abbürsten mit Seife und warmem Wasser jegliche Auflagerung auf die Epidermis zu entfernen, als mit Alcohol oder ähnlichen Stoffen, die doch schliesslich die Wirkung der wässrigen Sublimatlösung eher beeinträchtigen müssen, die Reinigungsvorkehren noch zu compliciren. Völligen Beifall möchten wir *Fürbringer* geben, dass es nöthig ist, dass das Sublimat die Finger recht benetzen könne. Das erreicht man aber ohne Alcohol dadurch, dass man nach gründlichem Abspülen der Seife mit warmem Wasser die nassen Hände sofort in die Sublimatlösung taucht resp. mit dieser abbürstet. *Forster* hat vollkommen recht, den Gebrauch eines Handtuchs zum Abtrocknen der Hände zu verpönen. Ich kann auch nur darüber erstaunen, dass *Fürbringer* dieses Abtrocknen ohne Schaden für die Asepsis zulässig hält.

Herr Dr. *Tavel* hatte die Güte, bei mir und meinen Assistenten nach der von *Fürbringer* angegebenen Methode den Nagelschmutz zu untersuchen. Bei einer ersten Prüfung vor der Operation wuchsen sowohl bei mir als meinen 2 Assistenten in der Gelatine Colonien. Nach gründlicher Waschung mit warmem Wasser und Seife und Bürste in der Art, wie ich sie stets mache und nachheriger momentaner Desinfection mit 1°/₀₀ Sublimat, zeigte der Vorrath des unter den Nägeln und aus dem Nagelfalz herausbeförderten Materials sich bei mir und einem meiner Assistenten völlig steril und zwar bei Fortsetzung der Beobachtung während eines Monates, sowohl nach Benützung von Alcohol nach *Fürbringer* als ohne denselben.

Nur bei dem andern Assistenten traten in der Gelatine bei dem Versuch mit Waschung ohne Alcohol einige Colonien auf. Bei demselben Assistenten wurden übrigens auch nach der Operation nach mehrmaliger Waschung und Desinfection mit Sublimat die Gelatinegläser inficirt, während meine und des ersterwähnten Assistenten Hände und Nägel sich wieder völlig steril zeigten.

Bei einem acuten Abscess, aus welchem Impfung eines Stückchens Muskel massenhafte Staphylococcenculturen erzeugte und bei dessen Eröffnung ich mich mit Absicht recht verunreinigt hatte — übrigens mit so viel Erfolg, dass ich nachher ein schweres Panaritium bekam — zeigte sich nach der oben erwähnten Art der Reinigung ohne Alcohol die rechte Hand steril, von dem Nagelschmutz der linken, besonders stark verunreinigten Hand wurde die Gelatine inficirt, aber nicht mit dem Staphylococcus des Abscesses. Ich darf also annehmen, dass unsere jetzige Methode des Fingerwaschens zur vollkommenen Desinfection genügend ist.

Ist einmal dafür gesorgt, dass nicht durch Faden eine Implantationsinfection und nicht durch Hände, Instrumente und Schwämme eine Contactinfection der Wunde zu Stande gekommen ist, so hat die Luftinfection in passenden Operationslocalien eine geringe Bedeutung und lässt sich der daherige Schaden leicht gut machen. So weit sie durch Luftkeime nöthig geworden ist, wird zuletzt noch eine Desinfection der Wunde mittelst eines Gazebausches ausgeführt, der mit 1‰ Sublimatlösung getränkt in alle Recessus der Wunde hinein gepresst wird; dann wird jeder Rest von Flüssigkeit wieder ausgetupft und die Wunde zugenäht.

Nach den günstigen Erfolgen, welche die fortlaufende Naht gegeben hat nach den Veröffentlichungen von *Tillmanns*, *Bakó*, nach dem, was wir bei College *Schede* gesehen haben und besonders bei unserem Collegen *Girard* machen wir fast immer eine fortlaufende Kürschnernaht, abwechselnd tiefer und oberflächlicher greifend, eine Sutur, welche so gut liegt, dass ein vollkommener Schluss der Wunde mechanisch gesichert ist. Dabei halten wir uns von allen complicirten Künsteleien fern und benützen zur Entspannung einige sehr tiefgreifende Knopfnähte, welche zuerst angelegt werden und die bequeme Anlegung der oberflächlichen Naht und die Verhütung von Höhlenbildung unter derselben bezwecken. Wo letztere Wirkung sicher sich erzielen lässt, wird gar nicht drainirt. Wo dies nicht der Fall ist, werden ausnahmslos Glasdrains benutzt.

Wir haben wie viele andere Chirurgen im Anfang etwas Mühe gehabt, uns von den geschmeidigen Caoutchukdrains loszumachen und die richtige Anwendung der Glasdrains zu finden. Mit einiger Uebung in der Wahl der Stelle für den Drain und Bestimmung der richtigen Länge kommt man aber über diese Schwierigkeiten hinweg. Wir haben bei Herrn Mechaniker Hotz in Bern Glasdrains mit sehr grossen Drainöffnungen machen lassen, die sehr gut functioniren. Die Glasdrains haben den grossen Vortheil vor allen andern Drainröhren voraus, dass man sie vollkommen sicher sterilisiren kann durch Auskochen, ihre Reinheit jederzeit controliren und sie, ohne dass sie sich wie organische Stoffe imbibiren und Zersetzungen der Aufbewahrungsflüssigkeit bei längerer Dauer veranlassen, in jeder beliebigen Desinfectionsflüssigkeit, am besten in 1‰ Sublimatlösung aufbewahren kann.

Es hat vielfache Vortheile, vereinfacht namentlich die Anlegung einer exacten Wundnaht wesentlich, den Drain durch eine kleine, eigene Oeffnung neben der Wunde in die Wundhöhle einzuschieben. Indess ist dieser Punkt nicht wesentlich und man lernt auch bei in der Hauptwunde liegendem Drain eine völlig sichere Naht anzulegen. Es gibt Fälle, wo die Anlegung kleiner Drainöffnungen neben der Wunde schwierig ist und zu Blutungen Anlass gibt, namentlich in ungeübteren Händen oder bei Aerzten, die mit der Anatomie nicht mehr vollkommen vertraut sind.

Nun der Verband. Hier ist vor Allem nöthig, in die Confusion der Verbandstoffe, welche einem gelegentlich angeboten werden, etwas Ordnung zu bringen. Die Concurrenz hat die zahlreichen Verbandstofffabriken veranlasst, die allerverschiedensten Stoffe antiseptisch zu imprägniren und zu Verbandmaterial zu verarbeiten. Verwenden Sie Waldwolle oder Holzwolle? Moospappe oder Torf? Jodoformgaze oder Wismuth? wird man noch gar oft von Besuchern, die sich auf antiseptischen Studienreisen befinden, gefragt. Und doch ist all' dieser Kram unnütz für die sämmtlichen Fälle, wo man eine Heilung einer Wunde per primam intentionem anstreben darf und wo man die mechanischen Indicationen zu einer solchen zu erfüllen versteht, d. h. eine exacte Wundnaht angelegt hat.

Ganz besonders möchten wir im Interesse der schwer durch die Kosten der Antisepsis heimgesuchten Spitalverwaltungen ein Wort einlegen gegen den Missbrauch des Jodoforms und der Jodoformgaze. Das Jodoform gehört zu den kostspieligsten Artikeln der Antisepsis und doch sieht man noch Chirurgen genug, welche es für nöthig halten, die ganze Umgebung einer Wunde in grösster Ausdehnung mit Jodoformpulver zu bepudern oder mit Jodoformgaze zu bedecken. Das ist gut gewesen zur Zeit der Dauerverbände, aber über diese ist man jetzt hinaus. Mir imponirt es in keiner Weise, wenn mir eine Amputatio mammæ gezeigt wird, welche unter einem einzigen Verbande in 8 oder 14 Tagen heilt, denn eine wirkliche Prima bedarf lange vorher schon keines antiseptischen Verbandes mehr; vollends will es nichts sagen, wenn eine Resectio genu 3—6 Wochen im gleichen Verbande liegt und bei Wegnahme des letztern — oft genug blos noch bis auf eine ganz kleine Granulation oder Fistel — geheilt ist. Wo Drainröhren 8 und 14 Tage liegen bleiben, kann man von einer Heilung durch primäre Verklebung nicht mehr sprechen. Vielmehr soll es Regel sein, Abfluss von Wundsecreten nur so lange durch Drains zu bewirken, als die Schädigung der Gewebe durch die Operation selber nachwirkt und auch blos dann, wenn die Ansammlung dieser Secrete in einer kleinern oder grössern Höhle nicht vermieden werden kann. Wir lassen deshalb die Drains, wie auch in dem oben erwähnten Falle von Exarticulatio femoris, blos 24 Stunden liegen und für so kurze Zeit wirkt eine Sublimatlösung 1‰ in einem Gazekrüll genügend nach, um es zu keiner Zersetzung der imbibirenden serösen oder blutig-serösen Flüssigkeit kommen zu lassen. Nach Entfernung des Drains oder für die Fälle (s. oben), wo eine Drainirung gar nicht stattzufinden braucht, genügt vollends eine momentan sterilisirte Gaze, um Zersetzungen der paar Tropfen Secret oder Blut hintanzuhalten, die sich noch zwischen weniger fest auf einander gepressten Stellen der Wundränder hindurch-

drängen. Für sehr nothwendig oder wenigstens wünschenswerth halten wir es aber, das in den Verband dringende Secret zu rascher Verdunstung kommen zu lassen, d. h. nicht letztere zu hindern durch Application von Impermeabeln, von Watte etc., wie schon *Starcke* vorzüglich betont hat: deshalb verdienen alle gut aufsaugenden und lockeren Kissen, die man überlegt, wenn man der Compression wegen solche überhaupt in Anwendung zieht, den Vorzug. Wir benützen mit Vorliebe Waldwolle. Nach 2 × 24 Stunden werden die Nähte weggenommen und dann genügen zur Verhütung von Reibung und Zerrung an der frisch vereinigten Wunde beliebige Deckverbände, je nach Ausdehnung und Localität genügt ein Collodialstreifen. Es wird deshalb bei uns regelmässig am 1. und 2. Tage nach der Operation der Verband gewechselt und wegen der kurzen Dauer blos mit Gazekrüll verbunden, welche in 1‰ Sublimatlösung gelegen haben und vor dem Auflegen sehr kräftig — bei uns durch eine Rollpresse — ausgedrückt sind. Wir haben uns überzeugt, dass jeglicher Gebrauch von nachhaltiger wirkenden Mitteln, wie Jodoform, Wismuth, Zink völlig überflüssig ist.

Natürlich ist die Sache ganz anders, wenn eine Wunde schon eitert oder nicht ganz geschlossen werden kann, oder nachträglicher Infection ausgesetzt ist. Da hat Jodoformgaze und die andern erwähnten Dauer-Antiseptica ihre volle Berechtigung und sind bequeme Mittel, um tiefgehende und daher gefährliche Zersetzungen von der Wundoberfläche her zu verhüten, ohne dass man genöthigt ist, einen häufigen Verbandwechsel eintreten zu lassen. Wo letzterer zulässig oder erwünscht ist, kann man auch hier jedes nur auf kürzere Zeit wirksame Antisepticum benützen.

Wir haben noch im letzten Frühling einen berühmten Chirurgen, welcher die grössten Verdienste um die Antisepsis hat, sich äussern hören: „Es kommt schliesslich nicht darauf an, ob ein paar Microorganismen in eine Wunde gelangen oder nicht, denn dieselben ganz auszuschliessen gelingt uns doch nicht. Nur das Quantum entscheidet und bei Uebersteigen einer gewissen Grenze tritt das ein, was wir Infection nennen.“ Wir müssen derartige Dicta für gefährlich halten. Unsere Wunden heilen allerdings öfter bei sehr relativer Asepsis, aber neben einem Falle von absoluter Verklebung kommt ein anderer vor mit einem kleinen Fadenabscess und ein dritter mit 5, 8 und 14 Tage fistulös bleibender Drainöffnung und ein vierter mit nachträglicher Abscessbildung unter der Narbe.

Im Gegensatz zu dieser Gerathewohl-Antisepsis gibt es eine andere, bei welcher eine Wunde wie die andere, die grössten und die kleinsten, die glatten und die unregelmässigen in ganzer Ausdehnung durch vollkommene Verklebung heilen, so dass, wie wir zeigten, auch eine Exarticulatio femoris in 2 Tagen geheilt sein kann. Und wenn mechanische Verhältnisse eintreten, welche die Verklebung unmöglich machen, wenn Höhlenbildung eintritt resp. Höhlen in der Wunde belassen werden, so sammelt sich flüssiges Blut oder klares Serum an, nach deren Entleerung die Höhle ohne Eiterung sich schliesst. Und wenn Gangrän der Hautränder durch mangelhafte Ernährung oder Druck oder Spannung zu Wege kommt, so heilt doch der übrige Theil der Wunde vollständig durch Verklebung und nur die nicht vereinigte Stelle durch Granulation.



Der beste Maassstab für das, was wir erreichen können und erreichen müssen mit einer wahrhaft aseptischen Wundbehandlung ist uns gegeben in der Heilungsweise der subcutanen Verletzungen. Hier bleibt bei den schwersten mechanischen Schädigungen Eiterung so gut wie immer aus. Wenn auch subcutane Gewebe zertrümmert werden, so zerfällt das todte Gewebe und wird in der Regel durch Resorption weggeschafft. Wenn sich ausgedehnte Blutergüsse und seröse Ergüsse bilden, so treten zwar Schwellung, Röthung, Schmerzen und Druckempfindlichkeit, ja Drüsenschwellungen und Fiebererscheinungen auf. Aber die Symptome haben ihre bestimmte Zeit, gehen ohne Zuthun zurück und die ergossenen Flüssigkeiten werden durch Resorption weggeschafft. Und wenn einmal Blut oder Lymphe sich in einem grössern Hohlraume ansammelt, so kann es lange als fluctuirende Geschwulst bestehen bleiben, allein es macht keine anderen, als mechanisch und chemisch erklärbare Störungen und mit der Entfernung der Flüssigkeit durch Punction sind die Erscheinungen beseitigt.

Wir glauben, durch unsere Zusammenstellung zu zeigen, dass man genau denselben Verlauf wie bei subcutanen Verletzungen auch bei Wunden durch die richtige Antisepsis zu erzielen vermag. Necrosen, blutige und seröse Ergüsse richten nicht mehr Schaden an, als wenn sie von vorneherein durch die intacte Haut nach aussen abgeschlossen sind. Man kommt höchstens dazu, wie wir bei Fall 61, einer Knieresection, gezeigt haben, das Blut durch Aspiration zu entfernen, ebenso eine grössere seröse Ansammlung, wie bei der geschilderten Excision einer Struma maligna. Selbst ausgedehntes Einpumpen von Luft, wie in dem Falle 44 von Strumaexcision bei hochgradiger Tracheostenose, hat ausser den intensiven Schmerzen, für den Wundverlauf nicht den geringsten Nachtheil. Ja wir dürfen ruhig behaupten, dass die Wunden bei correcter Asepsis schöner heilen als die subcutanen gleichwerthigen Verletzungen insofern, als wir die Blutung stillen können und so alle Folgen der Blut- und anderer Ergüsse verhüten und demgemäss eine viel raschere Verheilung unter viel geringeren Schmerzen herbeizuführen im Stande sind. Deshalb gewinnt auch bei den bisher am häufigsten subcutan ausgeführten Operationen, wie Tenotomien, die Ausführung von einem Schnitte aus gegenüber dem blinden Einführen spitzer Instrumente mehr Boden.

Mit diesen Auseinandersetzungen ist die Frage, ob man darauf ausgehen solle, bei allen Wunden die Drainage wegzulassen, entschieden. Es ist diese Frage keineswegs so wichtig, wie sie von vielen Seiten angesehen wird. Bei unvollkommener Asepsis ist freilich Einlegen und mehr oder weniger langes Liegenlassen von Drainröhren unentbehrlich. Bei vollkommener Asepsis, von der wir sprechen, ist Drainage nicht nothwendig, selbst dann nicht, wenn Höhlen zurückgelassen werden, in denen sich nothwendig Serum oder Blut ansammeln muss. Aber trotzdem ist die Heilung schöner und für den Patienten namentlich angenehmer, wenn diese Flüssigkeiten abgeleitet werden. Jede Ansammlung oder Infiltration derselben macht mehr Spannung und Beschwerden, sogar Fieber, und in einzelnen Fällen ist die nachträgliche Entfernung durch Punction nothwendig. Man wird deshalb nur da auf die Einlegung einer Drainröhre für die ersten 24 Stunden verzichten, wo man keine sicher sterilisirten Röhren zur Verfügung hat, wo man

Grund hat, einen möglichst kleinen und einfachen Verband, z. B. einen einfachen Collodialverband vorzuziehen, endlich da, wo man durch die Naht oder eine nicht zu unbequeme Compression die Wunde in ganzer Tiefe zu schliessen im Stande ist. Jedenfalls ist mit Weglassen der Drainröhren eine der Gefahren nachträglicher Infection ausgemerzt.

Hauptsache ist und bleibt, dass man sich die Sterilisation der Wunden in dem Sinne, wie wir andere Nährboden steril halten, bei der Wundbehandlung zum Ziel setze. Nur diese ideale Antisepsis wird Resultate ergeben, wie wir sie oben verzeichnet haben.

Zum Schlusse möchte ich noch Antwort geben auf die häufige Anfrage von Collegen, welche ausserhalb von Spitälern Operationen vorzubereiten haben: Was ist für die Wundbehandlung vorzukehren?

1) Lassen Sie ein Zimmer im Haus leeren, gründlich mit warmem Seifenwasser[1]) an Dielen, Decken und Wänden abwaschen und abtrocknen, 3 ebenso gereinigte Tische hineinstellen, einen zur Lagerung des Kranken mit einem weissen Leintuch bedeckt, einen für Instrumente und Verband, einen für die Reinigungsvorkehren.

2) Sorgen Sie für 1/2 Dutzend ausgebrühte Schüsseln und ebenso viele Hafen und Flaschen zur Aufnahme der antiseptischen Lösungen, und für ein sehr grosses Quantum warmen Wassers, welches 2 Stunden lang gekocht haben muss.

3) Bringen Sie Seife und Bürsten mit zur Abreibung von Haut, Haaren und Händen aller bei der Operation Betheiligten, sowie grosse glatte Impermeabel zur Bedeckung des Kranken und des Instrumenten- und Verbandtisches.

4) Für Herstellung der nöthigen antiseptischen Lösungen beschaffen Sie eine concentrirte Carbollösung in titrirtem Gefäss und eine genügende Zahl Sublimatkochsalzpastillen zu 1 grm.

5) Ausser den Instrumenten beschaffen Sie ein Glas mit Glasdrains in 1‰ Sublimat, ein Glas mit feiner Seide auf eine Glasspule gewickelt in 1‰ Sublimat, ein Glas mit Schwämmen in 5% Carbollösung, endlich eine sehr grosse Portion unpräparirten Gazetuchs nebst Gazebinden.[2])

Vereinsberichte.

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

Erste Sitzung im Wintersemester 1887/88, Dienstag den 8. November 1887, Abends 8 Uhr, im Casino.[3])

Präsident: Dr. *Dubois*. — Actuar: Dr. *Dumont*.

Anwesend 22 Mitglieder und 1 Gast.

1. Dr. *Bueler* hält einen Vortrag **„Zur Behandlung der habituellen Obstipation"**. (Erscheint in extenso.)

[1]) Oder mit Brod nach *Esmarch* jun.

[2]) Unter dem Namen „hydrophiler Verbandstoff" liefert in der Schweiz die internationale Verbandstofffabrik Schaffhausen diese Gase in vorzüglicher Qualität.

[3]) Erhalten am 26. November 1887. Red.



In der Discussion bemerkt Dr. *Niehans*, dass es zur Beurtheilung der Wirkung der Massage bei der habituellen Obstipation sehr auf die Dauer der Erkrankung ankomme. Bei hereditären Obstipationen z. B. sei der Erfolg ein entschieden langsamerer, als bei den andern Formen der Krankheit. So glaube er, dass er im Anfang seiner Massagethätigkeit meistens mit hereditären, schweren Formen der Obstipation zu thun gehabt habe, indem er zu deren Hebung im Ganzen längerer Zeit bedurfte, wie der Vortragende. — Es gibt fernere Fälle von Obstipation, welche durch Briden bedingt werden und bei denen eine Massagebehandlung natürlicherweise nichts abträgt. Er weiss sich eines Falles zu erinnern, bei dem der Patient nur angab, seit 10 Jahren an chronischer Obstipation zu leiden und vor 16 Jahren eine Brustfellentzündung durchgemacht zu haben. Der Patient, der unter den Zeichen der Darmeinklemmung ins Spital trat und kurz darauf starb, hatte bei der Section zwei Briden am Jejunum. Hier wäre natürlich für chronische Obstipation die Laparotomie am Platze gewesen. — *N.* hat weiterhin die von *Sahli* angegebene Kugel zur Massage des Unterleibes versucht. Er glaubt, dass für deren Wirkung auch der Kälte derselben eine gewisse Rolle einzuräumen sei. Er begrüsst dieselbe als ein neues Mittel zur Massage des Unterleibes, fürchtet aber, sie werde auf die tieferen Theile, z. B. auf das Rectum, nicht so gut wirken, wie die richtig ausgeführte Massage.

Dr. *Schaerer* hat die Massage des Unterleibes bei Perityphlitis mit gutem Erfolge angewandt, obwohl er sie nicht in dem Stadium ausführte, in welchem der Eisbeutel noch indicirt war. Ebenso hält er diese Behandlung sehr wirksam zur Bekämpfung der Schmerzen, welche hier und da ziemlich spät nach der Perityphlitis auftreten.

Dr. *Conrad* ist mit dem Vortragenden darin einverstanden, dass die Erschlaffung der Bauchdecken als solche eine häufige Ursache der habituellen Obstipation bildet. — Bei sehr starker Dilatation und Erschlaffung des Rectum, bei welcher aber das obere Darmrohr gut functionirt, hat er mit Erfolg die Faradisation des Rectum angewandt, wenn die Massage nichts abtrug. — Was die Behandlung localer Peritonitiden mit Massage anbetrifft, so hält er dafür, dass vor Allem kein Fieber und keine zu grosse Empfindlichkeit der Gegend bestehen sollte.

Dr. *Bueler* hat im Gegensatze zu Dr. *Conrad* die Erfahrung gemacht, dass wenn Fæces einmal im Rectum sind, sie ohne grössere Schwierigkeiten weiter befördert würden. Nach ihm liegt das Haupthinderniss vielmehr im S. Romanum.

Dr. *Ost* spricht die Meinung aus, es möchte sich bei dem von Dr. *Niehans* mitgetheilten Falle um eine Peritonitis vor der Geburt gehandelt haben. Solche Fälle, welche sehr leicht Briden und sonstige Verwachsungen zur Folge hätten, seien neuerdings in der pädiatrischen Litteratur mehrfach beschrieben. — Er hat betreffs Anwendung der Massage bei Kindern den Eindruck gewonnen, dass die damit erzielten Resultate meist vorübergehender Art seien, dass die Massage allein kaum genügt, sondern erst, wenn man damit das ganze Régime des Kindes ändert.

Dr. *Sahli* glaubt, der Einwand von Dr. *Niehans* gegen seine Kugel sei dahinfallend, wenn man in den Fällen, in welchen dieselbe nicht tief genug wirke, einfach eine grössere Kugel anwende. — Was die Wirkung der Kälte dabei anbelangt, so ist dieselbe nicht nöthig zur Erklärung der Wirkung der Kugel.

Dr. *Niehans-Bovet* hat die Ansicht, dass bei der Obstipation des Rectum eben die Bauchpresse fehle. Die Faradisation des Rectum, wie es *Conrad* angibt, hat wohl kaum genügt, sondern es sind dabei die Bauchdecken mit faradisirt worden und daher der Erfolg.

Dem gegenüber hält Dr. *Conrad* fest, dass er mit einer Doppelelectrode gearbeitet habe, d. h. also, dass er beide Pole ins Rectum eingeführt hätte. Es konnte sich daher kaum um eine Betheiligung der Bauchdecken handeln.

Dr. *Niehans-Bovet* meint, es wäre dies noch immer möglich, und zwar auf reflectorischem Wege, ganz analog wie durch ein Clysma z. B. die Bauchdecken zu erhöhter Thätigkeit angehalten würden.

Dr. *Dättwyler* theilt in Bestätigung dessen zwei Fälle mit, bei welchen er weder

durch Electricität noch durch Massage das Rectum entleeren konnte und ihm dies durch Seifen-, einmal durch Oelclystiere recht gut gelang.

Dr. *Dubois* nimmt gegenüber der Behandlung der chronischen Obstipation einen etwas skeptischen Standpunkt ein. Der Umstand, dass bei dieser Erkrankung so viele Behandlungsmethoden angepriesen werden, bürgt eben für die geringe Zuverlässigkeit derselben. Bei allen diesen Methoden wirkt eben die Suggestion sehr viel. Er hat seit einer Reihe von Jahren kein anderes Mittel zur Behandlung der chronischen Obstipation als die Dressur, mit welcher er recht zufrieden ist.

2. **Wahlen:** An Stelle des eine Wiederwahl ablehnenden Dr. *Dubois* wird zum Präsidenten des Vereines gewählt: Dr. *Schaerer*.

Die Demission des Actuars wird nicht angenommen und derselbe einfach bestätigt.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

10. Wintersitzung den 12. März 1887.[1])

Präsident: Dr. *H. v. Wyss.* — Actuar: Dr. *W. Schulthess.*

Dr. *A. Lüning* und Dr. *W. Schulthess:* Mittheilungen aus dem orthopädischen Institut und aus der Privatpraxis.

Dr. *Lüning* demonstrirt: 1) Einen Fall von **Exstirpation des knorpligen äussern Gehörganges mit Erhaltung der Ohrmuschel und der Function.** Patient W. von Winterthur, ein ca. 55jähriger, früher gesunder, robust gebauter Mann, consultirte am 31. März 1886 Herrn Dr. *M. Neukomm* wegen eines ca. thalergrossen Geschwüres, welches trichterförmig die concha der rechten Ohrmuschel und die Apertur des äussern Gehörganges einnahm und den Gehörgang fast völlig verschloss, so dass Patient von sehr quälenden Ohrgeräuschen auf's äusserste geplagt wurde. Am gleichen Tage sah Vortragender den Patienten mit College *Neukomm;* es konnte keinem Zweifel unterliegen, dass es sich um eine etwas ungewöhnlichere und für die operative Therapie recht ungünstige Localisation des an den Rändern der Ohrmuschel ja nicht selten zu beobachtenden flachen Epithelial-Carcinoms handelte. Die Anamnese war die bei diesen Neubildungen gewöhnliche. Schon vor 5 — 6 Jahren bemerkte Patient nahe der Apertur einen kleinen Schorf, der sich auf Abkratzen stetig etwas vergrösserte und hie und da blutete. Lange Zeit wurde die Sache für irrelevant gehalten, später bei zunehmendem Wachsthum des Geschwürs ein Arzt consultirt, der Aetzungen vornahm, nachher wieder Hausmittel u. dgl. angewendet. Jetzt nahm das zerklüftete, leicht blutende ulcus, wie bemerkt, die ganze concha und die Apertur ein, griff seitlich auf tragus, antitragus, spina helicis und anthelix über (wird an einer Zeichnung demonstrirt), deren Contouren schon in dem Geschwür aufgegangen waren. Dagegen hatte die Ulceration noch nirgends den freien Rand des Ohres erreicht und auch die hintere Hautbedeckung des Ohres erwies sich als zweifellos gesund. Ein Einblick in den Gehörgang war wegen der Neigung zum Bluten nicht zu gewinnen; die Uhr wurde à distance nicht gehört; keine Drüsenschwellungen.

Die Exstirpation wurde am 3. April 1886 in der Weise vorgenommen, dass nach Umkreisung des ulcerirten Gebietes der Hautschnitt rings herum durch den Ohrknorpel hindurch vertieft, und dieser als zusammenhängender Trichter sammt der Neubildung von der Haut der Rückseite des Ohrs bis zum knorpligen Gehörgang abpräparirt wurde. Nach der queren Durchschneidung des letztern, etwa in seiner Mitte, erwies sich indessen die Auskleidung desselben noch als infiltrirt, so dass der Rest noch wiederholt isolirt und in Segmenten abgetragen werden musste, was von der grossen trichterförmigen Wunde aus nicht allzu schwer war. Der letzte — unverdächtige — Durchschnitt fiel unmittelbar vor den Uebergang in den knöchernen Gehörgang. Nun liess sich das Trommelfell leicht übersehen; dasselbe war getrübt, aber nicht perforirt.

Nun wurde, zur Verkleinerung des gesetzten Defectes, ein Keil mit breiter hinterer Basis aus dem restirenden hintern Integument des Ohres geschnitten und die dadurch in

---

[1]) Erhalten den 19. November 1887. Redact.

eine obere und in eine untere Hälfte gespaltene Ohrmuschel auf der Rückfläche wieder genäht. So gelang es ohne Verunstaltung der Form des Ohres (dasselbe wurde nur kleiner als das gesunde, was aber leicht zu maskiren), den Wundtrichter, der durch Granulation heilen musste, erheblich zu verkleinern und die Defecträn der dem neu zu formirenden Narbencanal, der sie mit dem Reste des Gehörganges verbinden musste, zu nähern; eine Tendenz zur Stricturbildung war ja ohnehin voraussichtlich zu bekämpfen.

Die Verbindung mit dem Reste des Gehörganges wurde von Anbeginn bis zur Benarbung durch Einlegen von Jodoformgazestreifen aufrecht erhalten; die Heilung erfolgte ohne irgend welchen Zwischenfall; die Benarbung war sogar eine auffallend rasche und in weniger als drei Wochen complet. Ernstliche Schwierigkeiten machte jedoch von da ab das Offenhalten des Narbencanals, der einigemal sich zu schliessen drohte; es wurden zu diesem Zwecke conische, später leicht geknöpfte, aussen mit einer kleinen Scheibe versehene Elfenbeinzäpfchen eingelegt, die ohne weitere Befestigung zuerst Tag und Nacht getragen, später allmälig für einen Theil des Tages weggelassen wurden.

Jetzt, ca. 1 Jahr nach der Operation, ist keine Spur eines Recidives zu finden. Das cosmetische Resultat ist sehr gut, das Ohr in der Form durchaus wohl erhalten, nur $1^1/_2$ cm. kürzer als das linke. Die narbig stenosirte Apertur des Gehörgangs ist natürlich eng, erlaubt aber doch die Inspection des naheliegenden, ganz zur Norm retablirten Trommelfells mittelst eines engen Trichters. Die Zäpfchen muss Patient immer noch für einen Theil des Tages tragen. Die Einführung geht aber ganz leicht.

Die Hörfähigkeit ist gleich der des gesunden Ohres, was für den Patienten um so wichtiger, als er einen sehr verantwortungsvollen Posten als Bahnangestellter bekleidet. Die Ohrgeräusche haben unmittelbar nach der Operation für immer aufgehört.

Patient und Präparat werden demonstrirt. Letzteres erwies sich microscopisch als Epithelial-Carcinom.

2) **Zur Anatomie des congenitalen caput obstipum.** Vortragender behandelte mit Dr. *W. Schulthess* einen 5 Monate alten Knaben Schn., der im Sommer 1885 durch einen renommirten Geburtshelfer mittelst Zange entbunden worden war, und bei dem sich eine typische Contractur des rechten Kopfnickers ausgebildet hatte. Schon 5 Wochen p. part. constatirte der damals consultirte Dr. *W. Sch.* einen taubeneigrossen knorpelharten Tumor in der Mitte des rechten m. sternocleidomastoideus und deutliche Contracturstellung. Während der später eingeleiteten Behandlung, die in Manipulationen und Massage Seitens der Mutter bestand, bildeten sich bei dem scrophulösen Knaben Drüsentumoren zu beiden Seiten des Halses, die links zur Abscedirung führten. Von der fistulös gewordenen Incisionswunde aus acquirirte der Knabe, wahrscheinlich von seinem gleichzeitig an habituellem Gesichtserysipel leidenden Vater, ein Wander-Erysipel, dem er erlag.

Die am 22. December 1885 vorgenommene Section ergab nun einen unerwarteten Befund, der ein neues Licht auf die Aetiologie des musc. Schiefhalses wirft. (Die Beobachter behalten sich eine eingehendere Darstellung in einer anderweitigen Publication vor.) Der spindelförmige Tumor im Muskel, welch' letzterer nirgends Verwachsungen mit der Nachbarschaft oder entzündliche Veränderungen zeigte, war verschwunden, dagegen zeigte sich der rechte Kopfnicker um reichlich 2 cm. kürzer als der linke; ausserdem war der cleidomastoideus total sehnig, kreuzte sich mit dem sternomastoideus und hatte einen distinkten Ansatz am proc. mast., der viel deutlicher von der andern Portion separirt war, als links, wo die gewöhnlichen Verhältnisse vorlagen.

Diese Verhältnisse stimmen nicht zu der von *Stromeyer* aufgestellten und von *Dieffenbach* unterstützten Erklärung des cong. Schiefhalses durch Ruptur normaler Kopfnicker beim Geburtsacte. Nachdem schon früher der Geburtshelfer *Busch* aus der überwiegenden Häufigkeit der rechtsseitigen Contractur eine Beziehung zur Lage im Uterus (1. Hinterhauptslage) abgeleitet hatte, hat in neuester Zeit *Petersen* (Archiv für klinische Chirurgie *v. Langenbeck*, XXX., S. 782) den Zusammenhang zwischen den häufig vorkommenden Hämatomen der Kopfnicker und dem Caput obstipum überhaupt bestritten

und den Grund der Ruptur in einer schon vor der Geburt bestandenen Verkürzung des Muskels gesucht.

Jedenfalls lassen sich die oben beschriebenen anatomischen Abweichungen nicht auf eine Ruptur allein zurückführen, zumal da auch solche Rupturen häufig sind (*Carl Ruge* unter 64 Sectionen extrahirter Kinder 18 mal) und nicht regelmässig zu Torticollis führen. Leider sind so gut wie keine Sectionsbefunde von ausgebildetem Torticollis im Kindesalter vorhanden und wird deshalb der demonstrirte Fall von grosser Tragweite für die Erklärung. Auch *Volkmann* (Centralblatt für Chirurgie, 1885, Nr. 14) fand bei seinen offenen Durchschneidungen so bedeutende anatomische Alterationen, dass sich dieselben schwer durch ein Trauma bei der Geburt allein erklären lassen. Andererseits betont freilich neuestens *Fabry* (Diss. Bonn, 1885) die nicht zu leugnende Coincidenz von Torticollis und schwerem Geburtsverlauf (unter 14 Fällen 8 Steiss- und 4 Zangengeburten).

Bei zwei andern jüngst im orthop. Institut beobachteten kleinen Kindern fand sich klinisch ein ganz gleiches Bild, grosse callöse Intumescenz im Kopfnicker mit deutlicher Contracturstellung. Beide waren Zangengeburten.

Demonstration des Präparates und einer Abbildung.

(Schluss folgt.)

Referate und Kritiken.

Compendium der allgemeinen Chirurgie und Operationslehre.

Von *A. Krüche*. 2. Auflage. Verlag Abel, Leipzig.

Verfasser will in seinem Buche „das Wesentliche erläutern, Schlagwörter und Kunstausdrücke definiren und den Zusammenhang zwischen Theorie und Praxis vermitteln". Die Theorie, die uns aber da gegeben wird, gehört der alten Schule an, — freilich hie und da gespickt mit neuen und neuesten Brocken. Doch ist das Ganze nicht verarbeitet und zu einem einheitlichen Ganzen verschmolzen. Man lese z. B. das wichtige Capitel über Entzündung und gar den Anhang über „Verschwärung".

Die Operationslehre ist ebenfalls zu wenig klar und prägnant. *Garrè.*

Ueber die Ursachen der Erschwerung des Décanulement nach Tracheotomie im Kindesalter wegen Diphtherie.

Zürcher Inaugural-Dissertation von *Emil Köhl*. Berlin 1887. 149 Seiten. 8⁰, nebst 1 Tafel.

Verfasser hat als mehrjähriger Assistent im Kinder- wie Cantonsspital Zürich häufig Gelegenheit gehabt, die Schwierigkeiten kennen zu lernen, die sich nach der Tracheotomie der Entfernung der Canüle entgegenstellen. Er hat sich daher die Aufgabe gestellt, diese so unangenehme Complication der Tracheotomie genauer zu studiren. — Die Hauptursachen, welche das Décanulement erschweren, sind nach *K.* folgende: 1. Diphthérie à forme prolongée. 2. Recidivirende Diphtherie. 3. Chorditis inferior. 4. Granulombildung. 5. Verbiegung der Trachea; Formveränderung der Trachea und des Larynx, bedingt durch operatives Verfahren und Canüle. 6. Erschlaffung der vorderen Trachealwand. 7. Compressionsstenose von aussen. 8. Narbenstenose. 9. Primäre und secundäre diphtherische Lähmung des Kehlkopfes. 10. Gewohnheitsparese. 11. Furcht vor dem Décanulement. 12. Spasmus glottidis.

Bei allen diesen Ursachen werden theils aus den Spitälern Zürich's, theils aus der medicinischen Litteratur die einschlägigen Krankengeschichten mitgetheilt und sehr objectiv und gewissenhaft gesichtet. Bei jedem der oben angeführten Momente wird gleichzeitig die Therapie angegeben. — Die Canülenfrage, die hier eine so wichtige Rolle spielt, wird zum Schlusse durch eine Abbildung, auf welcher sich alle bisher bekannten und noch eine vom Verfasser selbst angegebene Canüle befinden, besonders erläutert. — Jedem Collegen, der in die Lage kommt, Tracheotomien ausführen zu müssen, wird die Lectüre dieser schönen Arbeit von grossem Nutzen sein. *Dumont.*



Der Hypnotismus

mit besonderer Berücksichtigung seiner klinischen und forensischen Bedeutung. Von Prof. Dr. *H. Obersteiner*. Klinische Zeit- und Streitfragen. 1887. Verlag von Breitenstein, Wien. 1 M.

Die wachsende Bedeutung des Hypnotismus für Therapie und forensische Medicin erlaubt es dem Arzte nicht mehr, denselben vollständig zu ignoriren. *Obersteiner*'s Schriftchen bietet nun demjenigen, der nicht Zeit hat, die schon ziemlich umfangreiche Litteratur selbst nachzulesen, eine sehr gute Zusammenfassung unseres jetzigen Wissens, so weit sich eine solche auf 80 Seiten geben lässt. Die Litteratur ist bis Anfang dieses Jahres berücksichtigt. (Eine detaillirte Uebersicht über die bisherigen Resultate der Forschung, allerdings mit geringer Berücksichtigung der deutschen Arbeiten, gibt auf 352 Seiten *Cullerre* (Magnétisme et Hypnotisme, Paris 1887, 3 Fr. 50) Noch mehr zu empfehlen ist *Bernheim*, de la Suggestion etc., Paris 1886, 416 Seiten, 6 Fr., obgleich dieses Buch die viel gerühmten Untersuchungen der Salpétrière nicht berücksichtigt. Letztere sind zusammengestellt von *Binet* und *Féré* (Le Magnétisme animal, Paris 1887, 283 Seiten, 6 Fr., haben aber noch wenig practisches Interesse.) *Bleuler*.

Contribution à l'étude des résections atypiques dans les articulations.

Dissertation inaugurale par *Alb. Soutter*. Genève 1887. 8°. 128 pages.

Während vor wenigen Jahren noch die typische Resection der Gelenke von allen Chirurgen als eine höchst segensreiche Operation gepriesen wurde, kamen in der letzten Zeit immer mehr Stimmen auf, welche diesen Eingriff als einen zu weit gehenden bezeichneten, der die an ihn gestellten Erwartungen nicht erfülle. Diese Ansicht, die zuerst in Amerika, dann in England ihren lebhaften Ausdruck in verschiedenen Publikationen fand, ist gegenwärtig bei vielen Chirurgen auf dem Continente verbreitet. — Der Verfasser obiger Arbeit hat sich nun in verdankenswerther Weise der Aufgabe unterzogen, diese Ansicht zu prüfen und an der Hand des Materiales der chirurgischen Klinik in Genf zu vertheidigen. Die sog. atypische Resection der Gelenke wird seit 1880 in Genf von Prof. *Juillard* so ausgeführt, dass der erkrankte Theil blossgelegt und dann mit Messer, scharfem Löffel, eventuell Thermocauter entfernt wird. Die Säge wird als ein zu verletzendes Instrument nicht benutzt. — Der Verfasser beleuchtet das Historische der Frage sehr eingehend, bespricht dann die Indicationen zum Eingriff und dessen Ausführung und theilt 17 Krankengeschichten mit den Endresultaten (16 für das Knie und 1 für den Ellenbogen) mit, welche allerdings zu Gunsten dieser atypischen Gelenkresectionen sprechen. Die Schlussfolgerungen, zu denen *S.* gelangt, sind folgende:

1) Seit Einführung der Antisepsis hat die typische Gelenkresection ihre Berechtigung verloren, indem es weniger darauf ankommt, rasch zu operiren, um die Infection von der Wunde abzuhalten.

2) Wenn die atypische Resection nicht mehr möglich ist, so ist es für die typische auch zu spät, und es bleibt nur die Amputation übrig. — Auf der andern Seite kann man — wenn für die eigentliche Resection noch zu früh — schon recht bald das Gelenk ausräumen, d. h. die atypische Resection ausführen und so eine rasche und vollständige Heilung erzielen.

3) Durch Ausräumen und Auskratzen kann man das Erkrankte eines Gelenkes vollständig entfernen.

4) Die atypische Resection ist absolut nicht gefährlicher als die typische.

5) Die Gelenktuberculose bietet keine Gegenindication zur atypischen Resection, ebenso wenig als sie eine Indication zur typischen Resection abgibt. Im Gegentheil ist die Gefahr der Autoinfection für den Kranken bei der letztern Operation noch grösser.

6) Die functionellen, wie die orthopädischen Resultate sind denen der typischen Resection überlegen.

7) Die wenigen ungünstigen Resultate bei den nach längerer Zeit wieder untersuchten Patienten sind weniger der Operationsmethode, als vielmehr der Gleichgültigkeit und Nachlässigkeit der Patienten nach dem Austritte aus dem Spital zuzuschreiben.

8) Die Patienten sollten — wenn irgend möglich — nach der Heilung noch einige Zeit im Spital beobachtet werden können oder man soll sie mit einem leichten Fixationsverbande ausstatten und sie zu regelmässigen Intervallen wieder bestellen.

9) Die nach der atypischen Resection beobachtete Atrophie und Verkürzung der Extremität sind die directen Folgen der Krankheit. Die Operation kann freilich dazu beitragen, aber in bedeutend geringerem Maasse, als die typische Resection.

10) Die Atrophie und Verkürzung können aber nach der atypischen Resection des Gelenkes auch ganz fehlen. *Dumont.*

Der Verlauf der Psychosen.

Von Prof. Dr. *Rudolf Arndt* und Dr. *August Dohm.* Mit 21 Curventafeln. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg. 1887.

Die Schrift will durch graphische Darstellungen erläutern, was im Lehrbuch der Psychiatrie von Prof. *R. Arndt* aufgestellt worden ist. Der Verlauf der Psychosen wird durch Curventafeln, welche in 14 bestimmten Fällen den Grad der „Ergotien", „Aesthesien", „Paræsthesien" sowie den specifischen Charakter der Krankheitsbilder zur Anschauung bringen, versinnbildlicht, damit das Gesetzmässige in demselben dem allgemeinen Verständnisse näher trete. Diese Darstellungen beweisen nach den Verfassern, dass alle als so verschiedene angegebenen psychischen Krankheitsformen dem Nervenerregungs- oder Zuckungsgesetze folgen, so dass in den übrigen Tafeln schematische Bilder des einheitlichen, wenn auch mehr oder weniger abweichenden Verlaufes der Psychosen können vorgelegt werden. Allein ich fürchte, dass von diesem interessanten Versuch gilt, was ein besserer Referent vom *Arndt*'schen Lehrbuch im „Correspondenzblatt" gesagt hat (Jahrgang 1888, p. 234): Dem Subjectivismus steht auch in diesen Tafeln ein allzu grosser Spielraum offen. *v. Speyr.*

Revue des sciences médicales

en France et à l'Etranger, dirigée par *George Hayem*, Professeur de thérapeutique à la faculté de médecine de Paris, avec 3 rédacteurs et 64 collaborateurs. — 15me année. 2d fascicule 15 avril 1887. Par an 34 francs.

Il n'existe certainement pas dans la littérature médicale une revue aussi complète, aussi bien rédigée, que celle de *Hayem.* Cette revue, par l'énorme quantité d'analyses et de critiques de toutes sortes de travaux, allemands surtout, français, anglais, américains, suisses, russes et italiens, est internationale, et peut remplacer tous les journaux possibles.

Paraissant tous les 3 mois, en recueil grand format de plus de 400 pages, elle offre au médecin praticien, comme au spécialiste un aperçu des plus exacts de tout ce qui se passe, une mine de faits et d'observations.

Chaque fascicule trimestriel est rédigé d'après le plan ordinaire. L'anatomie et la physiologie d'abord, puis les diverses branches de la science médico-chirurgicale.

Une „revue générale", consacrée aux travaux originaux sans doute, se trouve à la fin. Cette fois c'est de l'hystérectomie vaginale pour cancer dont il s'agit. *Maurice Hache* y traite des résultats opératoires et thérapeutiques, des indications, du manuel opératoire. Son travail est basé sur l'analyse de 495 observations d'hystérectomie vaginale. La mortalité absolue de toutes les opérations serait de 24,29%; 24.47% pour cancer; 17,64% pour autres causes. Sur 150 cas d'hystérect. pour cancer revus un certain temps après l'opération, la récidive a été constatée 71 fois, et 79 fois on a constaté son absence. Sur 100 opérées, 26 seraient encore bien portantes au bout de 2 ans, 23 succombent à l'opération, 28 récidivent dans le premier semestre et les autres du premier semestre à 2 ans.

Des renseignements bibliographiques excessivement étendus, sur toutes les nouveautés, sur tous les sujets médicaux possibles, par ordre alphabétique, terminent cette magnifique revue. *Behrens.*

Die Zuckerkrankheit, ihre Erscheinung und ihre Behandlung.

Von Dr. *J. Ruff*, Badearzt zu Carlsbad. Tübingen, Laupp'sche Buchhandlung.

Auf schönem Papier schön gedruckt, in populärer Form zusammengestellt, eine einleitende Schilderung des Stoffwechsels, welche durch vier Abbildungen erläutert ist und das Bekannte über die Zuckerkrankheit. *Seitz.*

Die Zuckerharnruhr, ihre Theorie und Praxis.

Von Dr. *Wilhelm Ebstein* in Göttingen. Mit 4 Holzschnitten. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1887.

Aus Kalbsleber dargestelltes Glycogen wurde behandelt mit diastatischen Fermentlösungen, gewonnen aus Speichel, Harn, Speicheldrüsen, Pankreas, Muskeln, Nieren, Leber Blut. Eine Reihe von Versuchen stellte nun fest, dass Zuführung von Kohlensäure die diastatische Fermentwirkung hemme. Das bildet die Grundlage für den höchst beachtenswerthen „Versuch, die Natur und das Wesen der Zuckerharnruhr unserem Verständnisse näher zu rücken" durch folgende Auffassung. Die Zuckerharnruhr ist eine selbstständige Krankheit. Sie beruht auf einer angebornen, häufig vererbten krankhaften Anlage des gesammten Körperprotoplasmas. Dasselbe vermag aus dem kohlenstoffhaltigen Material nicht so viel Kohlensäure zu bilden, als normaler Weise geschehen sollte. Die diastatischen Fermente, die allenthalben im Körper verbreitet sind, sollen das ebenfalls allenthalben, am reichlichsten in Leber und Muskeln vorhandene Glycogen zerlegen. Die Kohlensäure würde die Fermentwirkung hemmen. Jetzt ist aber die Kohlensäure in allen Geweben zu spärlich vorhanden, die Fermente wirken um so energischer, das Glycogen wird übermässig reichlich verzuckert, der Zucker sofort im Uebermaasse ins Blut, die Säftemasse aufgenommen und durch die Nieren entleert. Der Kohlensäuremangel lässt auch das Globulin zu sehr verflüssigen und gibt es dadurch vermehrter Zersetzung Preis. Damit ist die Zuckerkrankheit gegeben: anhaltende Ueberzuckerung des Blutes und gesteigerter Eiweisszerfall. In hochgradigen Fällen verläuft der Stoffwechsel stets in solcher Weise. In leichtern Fällen rufen erst Gelegenheitsursachen die Erscheinungen hervor, indem sie Anforderungen stellen, denen das Protoplasma, welches für gewöhnlich seine Schuldigkeit thut, nicht mehr gerecht werden kann. Die Behandlung besteht in der Aufhebung der Zufuhr von Kohlenhydraten — ein Minimum ist jedoch aus Geschmacksrücksichten rathsam in der Nahrung mit Fett und Fleisch, in körperlicher Anstrengung, Massage und Carlsbadercur. *Seitz.*

Schweiz. Apothekerkalender.

Von *O. Kaspar*. III. Jahrgang, 1888. Genf, Wyss & Duchêne, 1888.

Das kleine, handliche Büchlein wird auch manchem Arzt willkommen sein, besonders jenen, die selbst dispensiren. Doch haben verschiedene Capitel für jeden Arzt Werth, so die „Darstellung, Eigenschaften und Anwendung der neuern Heilmittel" (wobei nur die vielen durch Hinweisung auf Artikel der „schweiz. Zeitschr. f. Pharm." entstandenen Lücken die Brauchbarkeit beeinträchtigen), „Poisons et contre-poisons", „Pflichten des Receptars und Generalregeln für die Receptur", „Specif. Gewichte und Gehaltsprocente der in der Pharm. helv. und deren Supplem. aufgenommenen Flüssigkeiten" u. dergl. m. — Wir empfehlen den Kalender und trösten den Redactor, der sich über zu geringen Absatz beklagt, mit dem solamen est misero, socium habere malorum. *A. Baader.*

Catalogue illustré

de la maison C. Walter, Bâle. Par *C. Walter-Biondetti*. Edition française et allemande. Bâle, Schweighauser 1888. 5 Fr.

Auf 66 Seiten bringt uns dieser Catalog eine sehr grosse Anzahl recht guter Abbildungen aller möglichen medicinischen Instrumente und Geräthschaften, sehr practisch und übersichtlich nach Disciplinen geordnet. Das Nachschlagen ist leicht, so dass der Catalog auch zum Anschaulichmachen der neuern Instrumente dient. Zugleich orientirt er recht gut für den Einkauf, da jedesmal die Preise notirt sind und fast immer eine grosse Auswahl desselben Instrumentes in verschiedenen Formen vorliegt.

Der Catalog präsentirt sich zudem sehr hübsch und wird den practischen Aerzten willkommen sein. *A. Baader.*

Cantonale Correspondenzen.

Glarus. Die Frage der Fabrikhygieine und der Fabrikgesetzgebung auf dem Wiener hygieinischen Congress. Die Schweizer Aerzte haben sich seiner Zeit

so lebhaft an der Schaffung unseres Fabrikgesetzes betheiligt, dass wohl angenommen werden darf, sie werden mit Interesse auch die Entwicklung der Fabrikgesetzgebung im Ausland verfolgen.

Die Verhandlungen des Congresses haben in erfreulichster Weise gezeigt, wie die Erkenntniss der Nothwendigkeit solcher Gesetze immer mehr sich Bahn bricht, wie aber auch vor Allem die Forderungen der Hygieine immer mehr Beachtung finden.

Aus dem Correferat des Herrn Whymper, engl. Oberfabrikinspector, der seine heimische Gesetzgebung und ihre practische Durchführung einlässlich darstellte, ergibt sich, wie hygieinische Erwägungen vor mehr als 80 Jahren zu den ersten Anfängen der Fabrikgesetzgebung führten; wie sie auch zu den wichtigsten Verbesserungen der letzten Jahrzehnte den Anstoss gegeben haben. Aber der in England der Arbeiterschaft gewährte Schutz ist ein sehr beschränkter. Für Vermeidung maschineller Gefahren und reine Locale wird gesorgt; aber schon mit 10 Jahren kann das Kind in die Fabrik gesteckt werden; allerdings so, dass es die eine Hälfte des Tages der Schule, die andere der Fabrik angehört oder auch Tag um Tag zwischen Schule und Fabrik wechselt. Von 14—18 Jahren an arbeitet die sogen. „junge Person“ so lange wie die ebenfalls geschützten Frauen, d. h. 10 Stunden per Tag, am Samstag nur 6. Eine Haftpflicht findet für Unfälle nur in sehr beschränktem Maasse statt. — Dänemark hat schon frühe dieses englische Gesetz copirt. — Weniger weit ging Deutschland, das die Frauen schutzlos, Kinder von 12 Jahren an arbeiten lässt und zwar bis zu erfülltem 14. Jahr nur $^1/_2$ Tag, von da bis zum erfüllten 16. nur 10 Stunden mit halbstündigen Zwischenpausen Vor- und Nachmittag.

Da that die Schweiz einen wackern Schritt vorwärts. Sie steckte der Arbeitszeit aller Arbeiter mässige Grenzen; sie sicherte Kinder und Frauen und in den meisten Fällen auch die Männer vor Nacht- und Sonntagsarbeit, schloss die Wöchnerinnen 8 Wochen von der Arbeit aus, statt Deutschland 3. Sie dehnte die Haftpflicht weiter aus, selbst auf innere Krankheiten — eine Fürsorge, worin sie freilich von Deutschland, das obligatorische Versicherung für Unfall und Krankheit eingeführt hat, theilweise überholt ist.

Vor einigen Jahren folgte auch Oesterreich nach, die meisten Bestimmungen des schweizerischen Gesetzes adoptirend. Selbst Russland hat sein Fabrikgesetz und seine Inspection, an deren Schaffung unser Landsmann, Prof. *Erismann* in Moskau, sich eifrig betheiligte. Nur die romanischen Staaten sind auffallender Weise sehr zurückgeblieben. Frankreich hat manche gute Bestimmung, aber mit der practischen Ausführung scheint es schlecht zu stehen; Italien hat erst schwache Anfänge eines Fabrikgesetzes, das industriereiche Belgien — horribile dictu — gar nichts, was der Rede werth wäre.

In Wien stellte man sich die Aufgabe, sich darüber zu verständigen, was vom Standpunkt des Hygieinikers, allerdings unter Berücksichtigung der gegebenen socialen Verhältnisse, verlangt werden müsse. Man war einig darüber, dass man sich vor allzu vielem Theoretisiren hüten müsse; dass nicht allgemeine Vorschriften für den Bau, die Beleuchtung, Beheizung der einzelnen Fabriketablissemente zu erlassen, sondern gewissenhaft der einzelne Fall zu studiren sei. Durch Einführung einfacher Untersuchungsmethoden soll jeder einigermaassen Gebildete befähigt werden, sich ein selbstständiges Urtheil zu bilden und dadurch auch ein wirkliches Interesse an diesen Fragen zu gewinnen. Für unerlässlich aber wurde die Mitwirkung der Hygieiniker bei der Prüfung der Baupläne etc. erklärt — und nicht minder bei der Ausführung der Inspectionen.

Für diese letztere erachtete der Redactor der englischen Lancet auch die Arbeiter geeignet, welche am besten das Leben in der Fabrik, die Umgehungen des Gesetzes und die Art, wie sie practicirt werden, kennen. Aber entgegen seiner Ansicht wurde eine tüchtige Bildung, das einzige Mittel zur Gewinnung eines weitern Gesichtskreises wie zur Erwerbung einer bei allen Ständen geachteten Stellung, unumgänglich nöthig erklärt und zugleich eine stärkere Vertretung des hygieinischen Elementes, resp. Beizug der Aerzte gewünscht. Ebenso wurde die Vornahme gewerbepathologischer und gewerbehygieinischer Studien und Versuche, der Unterricht in diesen Fächern an unsern hohen Schulen, die Anlage diesem Zwecke dienender Sammlungen gefordert.

Ob in Fällen, wo man die Untersagung einzelner gefährdender Betriebsweisen (z. B. Zündholzfabrication mit gelbem Phosphor) für nöthig hält, internationale Verein-

barungen getroffen werden oder ob jeder Staat einzeln vorgehen soll, wurde lebhaft discutirt. Man befürchtete, dass die Regierungen, die Schwierigkeiten solcher Uebereinkommen scheuend, sich hinter den übeln Willen der andern Regierungen verstecken werden, wenn sie selbst nichts gethan. So werde nie etwas erreicht. Andere aber — die Mehrheit — betonten die Concurrenzschwierigkeiten, die aus einem einseitigen Verbot erwachsen.

Bei der Frage der Kinderverwendung zeigte sich, dass immer noch bei manchen Industriellen der Wunsch besteht, Kinder unter 14 Jahren in den Fabriken zu verwenden. Die Halbtagsarbeit wurde als wahrer Segen für die Kinderwelt hingestellt, die Fabrik als eine Erziehungsanstalt geschildert, welche den Geist lebhafter, den Körper gewandter und zugleich fähiger mache, den spätern nachtheiligen Einflüssen der ganztägigen Fabrikarbeit zu widerstehen. Trotzdem sprach sich die Versammlung mit Energie für Ausschluss der Kinder bis zum erfüllten 14. und Beschränkung der Arbeitsdauer und namentlich Verbot der Nachtarbeit bis zum erfüllten 18. Jahre aus.

Was den Schutz der Arbeiterinnen anbetrifft, stellte der Congress ungefähr dieselben Anforderungen auf, welche das schweizerische Gesetz erfüllen will.

Ganz merkwürdig war der Umschwung der allgemeinen Stimmung bezüglich des Maximalarbeitstages auch für erwachsene Mannspersonen. Vor 10 Jahren noch durfte in unsern Nachbarstaaten kaum davon gesprochen werden, ohne dass man als „Socialist" scheel angesehen wurde; heute votirte der Congress folgende These: Die Gesundheit der erwachsenen Männer leidet häufig durch eine übermässig lange Arbeitszeit, sowie durch die Nachtarbeit. Beide üben auch einen nachtheiligen Einfluss auf Moralität und Intelligenz des Arbeiters aus. Erfahrungsgemäss vermag sich dieser nur selten gegen eine solche Beanspruchung zu wehren und es liegt deshalb in der Aufgabe des um die Erhaltung einer tüchtigen Bevölkerung besorgten Staates, durch die Gesetzgebung vorzubeugen. Den gegenwärtigen Verhältnissen dürfte, bei unvermeidlicher Tag- und Nachtarbeit die Einführung von Schichtenwechsel vorausgesetzt, ein Maximalbetrag der wirklichen Arbeitszeit von 11—10 Stunden entsprechen.

Dass volle Sonntagsruhe für den Arbeiter eine der dringendsten Forderungen der Hygieine sei, wurde einstimmig anerkannt, sowie auch früherer Schluss der Samstagsarbeit für Personen, die einen Haushalt zu besorgen haben, behufs Ermöglichung einer wirklichen Sonntagsruhe.

So sind denn alle Hauptpunkte unserer schweizer. Fabrikgesetzgebung als Zielpunkte für die Bestrebungen der Hygieiniker vom Congress hingestellt worden. Und man hat sich nicht damit begnügt, diese Beschlüsse in's Protocoll niederzulegen — zu ewiger Ruhe — sondern dieselben sollen den Parlamenten sämmtlicher industrietreibender Staaten mitgetheilt und zu möglichst allgemeiner Kenntniss gebracht werden.

Wir Schweizer dürfen uns dieses Erfolges freuen.

Mollis. Dr. *Schuler*.

Thurgau. X. Versammlung der schweizerischen Sanitätsstabsofficiere, Samstag den 26. November 1887 in Olten.

Unter dem Präsidium von Herrn Oberstlieutenant Dr. *Munzinger* tagten in Olten 17 schweizerische Sanitätsstabsofficiere — eine bei diesen Versammlungen noch nie erreichte Zahl. Den Mittelpunkt bildete unser Oberfeldarzt. — Besondere Bedeutung erhielt die diesjährige Versammlung durch ein Schreiben des schweiz. Militärdepartements, worin dasselbe im Anschluss an die vom statistischen Bureau bearbeiteten Resultate der ärztlichen Rekrutenuntersuchungen vom Herbst 1886 den Wunsch ausdrückte, es möchten diese Zusammenstellung und die darin gerügten Mängel bei einer Besammlung von höhern Sanitätsofficieren zur Sprache gebracht, besonders aber geprüft werden, ob sich nicht Mittel und Wege finden lassen, den starken Abgang von Eingetheilten (laut pag. 41 der Beilagen für den jüngsten Jahrgang — 1866 — 351 Mann, die definitiv als untauglich erklärt wurden) auf irgend eine Weise zu vermeiden.

Die Einleitung zur Discussion, das Referat über die Publication des schweiz. statist. Bureau, hatte Herr Oberstlieutenant Dr. *Kummer* übernommen. Allererst verwahrt er sich gegen den undelikaten und oft rücksichtslosen Ton, dessen sich der Statistiker in seiner Arbeit bedient und ist überzeugt, dass einige Vorwürfe ungerechtfertigt sind und auf

Unkenntniss der Praxis des Rekrutirungsgeschäftes beruhen. Einlässlich bespricht er der Reihe nach die in der statistischen Arbeit hervorgehobenen Uebelstände:

1) Ueberbürdung der Tagesarbeit;

2) zu häufiger Wechsel der Mitglieder der Untersuchungscommissionen;

3) Missachtung der Vorschrift über die Notirung aller Gebrechen;

4) Ungleichmässigkeit in der Beurtheilung einzelner Gebrechen und ihrer Abschätzung auf Diensttauglichkeit oder -untauglichkeit;

5) Abrundung der Maasswerthe (Körperlänge, Brustumfang und Oberarm);

6) mangelhafte Angaben über den Grad der Refractionsanomalien;

7) ungenügende Ausscheidung der Kropfigen und

8) unrichtige Specification der Gebrechen

und beantragt, das Schreiben des schweiz. Militärdepartementes zu beantworten, in der Antwort die Aussetzungen des schweiz. statist. Bureau auf ihren wirklichen Werth zurückzuführen und zu betonen, dass die beim Rekrutirungsgeschäfte noch immer vorkommenden Unzulänglichkeiten nicht durch die Sanitätsofficiere allein, sondern nur durch Zusammenwirken mit den obern Behörden beseitigt werden können.

Herr Oberst *Ziegler*, Oberfeldarzt, verdankt das Referat und theilt über die Resultate der diesjährigen (1887) Aushebungen Folgendes mit:

1) Die Tauglichkeitsziffer entspricht ziemlich derjenigen von 1886.

2) Die Ziffer der Categorie 2 A (aus der Rekrutenschule entlassen und bleibend untauglich erklärt), über deren Grösse das schweiz. Militärdepartement sich aufhielt, ist bedeutend kleiner geworden, was den Schluss gestattet, dass im Herbst 1886 bei der Rekrutirung sorgfältiger verfahren wurde, als im Herbst 1885.

Bezugnehmend auf die relativ bedeutende Anzahl der im Herbst 1886 definitiv entlassenen — aus Rekrutenschulen an die Untersuchungscommission gewiesenen — Eingetheilten, durchgeht der Oberfeldarzt die dabei aufnotirten Dispensationsgründe und tadelt namentlich die bedeutende Zahl der Lungen- und Herzkranken. Würde bei jedem Rekruten der Spitzenstoss untersucht und — falls derselbe nicht manifest innerhalb der Mammillarlinie liegt, eine genauere Untersuchung des Herzens vorgenommen, so müsste die letztere Ziffer sich verkleinern.

Redner wünscht, dass die Berathungen der heutigen Versammlung dem schweiz. Militärdepartemente mitgetheilt werden. Der betr. Bericht soll u. A. den Wunsch aussprechen, es möchten (wie die pädagogischen Experten) so auch die Divisionsärzte jeweils vor der Rekrutirung zusammenberufen werden zu gemeinschaftlicher Besprechung der einzelnen Bestimmungen des Reglements und der verschiedenen Auffassungsweisen. Diese Vereinigung würde am besten mit practischer Rekrutirungsarbeit verbunden. Ferner soll der Bericht betonen, dass man vielfach zu wenig Zeit für die sanitarischen Aushebungen eingeräumt bekommt und dringend Abhülfe verlangen. Dass die Fehler, welche durch ungenügende Untersuchung entstehen, ungleich theurer zu stehen kommen, als die so nöthige Vermehrung der Rekrutirungstage, zeigt das einfache Rechenexempel:

Ein Rekrutirungstag kostet den Bund ca. 150 Fr., ein ausgerüsteter Rekrut ca. 300 Fr.

An der anschliessenden sehr regen Discussion betheiligen sich die Herren Oberst *Ziegler*, Oberstlieutenants: *Albrecht*, *Bircher*, *Castella*, *Kummer*, *Massini* und Majore: *Bovet*, *Haffter*, *Petavel*. Es sind folgende Vorschläge und Winke daraus hervorzuheben:

Die Theilnehmer der Operationswiederholungscurse sollen anstatt langer theoretischer Erörterungen auf dem Gebiete der Augenheilkunde genaue practische Anleitung zur Untersuchung der Augen erhalten, wie sie bei der Rekrutirung gemacht werden muss (*Massini*).

Man soll den zur Rekrutirung sich Stellenden eindringlich mittheilen, dass sie vom Recursrecht Gebrauch machen können; dann werden die Recurscommissionen etwas mehr Arbeit haben, aber die Zahl der aus der Rekrutenschule Entlassenen wird sich bedeutend vermindern (*Castella*).

Die psychischen Qualitäten der Rekruten müssen mehr gewürdigt werden und bei der Beurtheilung schwer in's Gewicht fallen (*Castella*, anlässlich Fall Hürsch).

An den Schwankungen im Rekrutirungsgeschäfte sind weniger die Untersuchenden Schuld, als vielmehr die jeweils im Herbst von Bern her einlaufenden Weisungen, welche bald strengern, bald mildern Maasstab der Beurtheilung anempfehlen (*Bircher*).

Ein gutes Mittel zur Erzielung einheitlicher Resultate besteht darin, dass der Divisionsarzt sämmtliche Präsidenten der Untersuchungscommissionen seines Kreises am ersten und letzten Rekrutirungstage zu gemeinschaftlicher Arbeit und Besprechung zusammenberuft (*Bircher*).

Der Präsidirende der Untersuchungscommission soll jeden Rekruten mit eigenen Augen genau inspiciren und die endgültige Beurtheilung nicht den andern Aerzten überlassen; er muss während der ganzen Dauer der Untersuchungen auf seinem Posten sein (*Albrecht*).

Kröpfe, die nicht stenosiren, beeinträchtigen, auch wenn sie ziemlich gross sind, die Diensttauglichkeit nicht und verschwinden während der Rekrutenschulen bei passender Behandlung oft erstaunlich schnell (*Albrecht*).

Mancher ausserdem gemachte Vorschlag wurde vom Herrn Oberfeldarzt unter Hinweis auf's Reglement als längst zu Kraft bestehend qualificirt, so zwar, dass dem Protocollführer einerseits ein gewaltiger und begründeter Respect vor dem in alle Details durchdachten Reglemente aufging und anderseits die Ueberzeugung, dass dasselbe offenbar vielerorts zu wenig gelesen und verarbeitet wird.

Nach dreistündiger Discussion beauftragte die Versammlung den Herrn Oberstlieutenant *Kummer* mit der Abfassung einer Zuschrift an das schweiz. Militärdepartement, worin u. a. folgende Punkte zur Sprache kommen sollen:

1) Um das Rekrutirungsgeschäft mit aller gewünschten Exactität besorgen zu können, brauchen wir mehr Zeit, mehr Rekrutirungstage.

2) Zur Erzielung einheitlichen Verfahrens ist es wünschenswerth, dass die Herren Divisionsärzte in dem vom Herrn Oberfeldarzt beantragten Sinne besammelt werden.

3) In einer officiellen Schrift, wie derjenigen des statistischen Bureau, und gegenüber Officieren dürfen wir berechtigt einen anständigern Ton verlangen etc. etc.

Das 2. Haupttractandum bildete ein trotz vorgerückter Stunde mit gespanntem Interesse gehörter Vortrag des Herrn Oberstlieutenant *Bircher* über den Gang des Sanitätsdienstes während den Gefechtsübungen der VI. und VII. Armeedivision.

Résumé:

1) Die Vorcurse sollten vom Divisionsarzt commandirt werden; nur auf diese Weise ist es diesem ermöglicht, seine Officiere kennen zu lernen.

2) Es fehlt an militärischem Auftreten der Sanitätsofficiere und ist in dieser Beziehung während der letzten Jahre ein entschiedener Rückgang zu verzeichnen.

3) Es fehlt der Contact zwischen Truppenführern und Sanitätsofficieren. Die erstern haben zu wenig sanitätsdienstliche, die letztern zu wenig tactische Kenntnisse.

Nach 4½stündiger ernster Arbeit vereinigte ein kleines Bankett Biehly'scher Qualität die Anwesenden, und es verliefen die noch bleibenden Stunden in behaglicher, kameradschaftlicher Gemüthlichkeit.

Haffter.

Wochenbericht.

Ausland.

Der deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege wird seine nächstjährige Versammlung in Frankfurt a. M. abhalten und zwar in den Tagen des 13. bis 16. September 1888, unmittelbar vor der am 18. September beginnenden Naturforscherversammlung in Köln.

Die Tagesordnung verspricht eine hochinteressante zu werden. Die Frage der Reinigung und Unschädlichmachung der städtischen Abwässer, diese für die meisten deutschen Städte z. Z. brennendste Frage soll auf Grund der in den letzten Jahren mit den Kläranlagen in Frankfurt, Wiesbaden, Dortmund, Essen, Halle etc. gemachten Erfahrungen eingehend erörtert und sollen im Anschluss hieran die betr. Anlagen in Frankfurt und Wiesbaden besichtigt werden. — Ein kaum minder wichtiges Thema, das zur Verhandlung kommen wird, sind Maassregeln zur Verbesserung der Wohnungsverhältnisse der ärmeren Volksclassen. Als weitere Themata sind in Aussicht genommen die Prophylaxe der Schwindsucht, der Einfluss der neueren Ansichten und Erfahrungen über Infections-

krankheiten auf die Anlage von Krankenhäusern, die Errichtung von Fabriken nur in bestimmten Stadttheilen oder deren Ausschluss aus bestimmten Stadttheilen, die hygieinischen Rücksichten bei Strassenbefestigung und Strassenreinigung u. A. — Ein Besuch in Bad Homburg und am Schlusse ein gemeinschaftlicher Besuch des Niederwalddenkmals werden den Tagen angestrengter Arbeit einen heitern Abschluss geben.

Frankfurt a. M. Dr. *Alex. Spiess*,
ständ. Secret. d. D. Ver. f. öff. Gesundheitspfl.

Vierjährlicher Preis für Entdeckungen: 1000 Pfund Sterling. Pro 1887—1890. Das Comité der Grosshändlerzunft in London kündigt in Gemässheit des zu Grunde liegenden Entwurfes der Zunft an, dass kein Bewerber nachstehende Aufgabe, für deren Lösung der erste Preis (1883—1886) ausgeschrieben wurde, gelöst hat:

„Eine Methode zu finden, welche gestattet, das Vaccine-Contagium ausserhalb des Thierkörpers in irgend einem sonst nicht zymotischen Material zu cultiviren, so dass das Contagium unbegrenzt in immer neuen Generationen fortgepflanzt werden kann und das Product einer beliebigen Generation (soweit sich dieses innerhalb des zur Prüfung verfügbaren Zeitraumes bestimmen lässt) von derselben Wirksamkeit sich erweise, wie ächte Vaccine-Lymphe."

Es musste deshalb auf Zurückhaltung des Entdeckungspreises erkannt werden, und dieselbe Aufgabe wird abermals zur Bewerbung ausgeschrieben.

Der Preis steht der allgemeinen Bewerbung offen, sowohl in England als ausserhalb. Bewerber um den Preis müssen ihre resp. Abhandlungen bis zum 31. Dec. 1890 einreichen: die Arbeiten werden einem wissenschaftlichen Comité zur Begutachtung unterbreitet.

Alle hierauf bezüglichen Mittheilungen und Anfragen sind zu richten an: The Clerk of the Grocers' Company, Grocers' Hall, London, E.C.

— Als Nachfolger *Runge*'s ist Privatdocent Dr. *Wyder* (Berlin) aus Zürich zum ordentlichen Professor der Geburtshülfe in Dorpat gewählt worden. Wir freuen uns dieser unserm Mitbürger gewordenen Beförderung und gratuliren von Herzen.

Stand der Infections-Krankheiten.

		Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperalfieber	Parotitis	Ophthalmoblennorrhœa	Rubeola
Zürich u. Aussengem.	4. XII.-10. XII.	3	2	3	—	—	4	3	—	—	—	—
	11. XII.-17. XII.	2	—	2	—	—	7	3	—	—	—	—
Bern	4. XII.-10. XII.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	11. XII.-17. XII.	—	3	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Basel	11. XII.-25. XII.	74	2	17	2	4	16	3	1	6	—	—

Scharlach behauptet sich in Basel fortwährend auf epidemischer Höhe. In den beiden Jahren 1885—1886 zusammen 150 Erkrankungen mit 5 Todesfällen; jetzt in 3 halben Monaten zusammen 200 Erkrankungen im Durchschnitt mit nicht schwerem Verlaufe; von den 74 neuen Anmeldungen betreffen 60 Grossbasel, 14 Kleinbasel.

Briefkasten.

Wir sind gezwungen, die Herren Mitarbeiter um etwas Geduld zu bitten: Einer nach dem Andern!

Herrn Dr. *Siegfr. Stocker*, Luzern: Wir theilen gerne mit, dass Sie pag. 772, Zeile 22 statt „Lymphdrüsen" sagen wollten „Leistendrüsen". Freundl. Gruss. — Herrn Prof. Dr. *Löwenthal*, Bruxelles: Sie machen uns darauf aufmerksam, dass in dem Ref. über Ihr Buch der Referent pag. 656 irrthümlicher Weise der Schweiz nur ein Ordinariat für Hygieine zuspricht, während Sie, den thatsächlichen Verhältnissen entsprechend, zwei genannt haben: Bern und Genf. Brief folgt.

Herrn Dr. *Rahn*, Hottingen: Vielen Dank für die Photographie des sel. Collegen Dr. *Carl Meyer-Wegmann* für das Album des schweiz. ärztl. Centralvereins. *A. B.*

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats.
Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 12. — für die Schweiz, Fr. 14. 50 für das Ausland.
Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. A. Baader in Basel. und **Dr. C. Garrè**, Docent in Basel.

N° 2. XVIII. Jahrg. 1888. 15. Januar.

Original-Arbeiten.

Ueber moderne Herzmittel.

Von Professor **Hermann Eichhorst** in Zürich.

(Vortrag in der cantonalen Aerzteversammlung in Zürich am 8. November 1887.)

Es gehört wohl zweifellos mit zu den häufigsten Aufgaben, denen wir in unserer Praxis gegenüber gestellt werden, die gesunkene Kraft des Herzmuskels wieder zu heben oder dem Eintritte von Herzschwäche vorzubeugen. Erinnern wir uns der grossen Zahl fieberhafter Krankheiten, des ausserordentlich häufigen Vorkommens von Herzklappen-Krankheiten, der eigentlich degenerativen Veränderungen des Herzmuskels, wer von Ihnen wollte da nicht meiner Behauptung beistimmen! Gerade wir Aerzte in der Schweiz aber haben ein noch grösseres Interesse als manche andere Collegen, der Behandlung des Herzmuskels unsere vollste Aufmerksamkeit zuzuwenden, nicht nur, weil Herzklappenkrankheiten bei uns häufiger als an vielen andern Orten vorkommen, sondern namentlich auch deshalb, weil Zustände von einfacher Herzschwäche oder einfacher Herzinsufficienz ohne sonstige organische Veränderung fast zu den specifischen Krankheiten unseres gemeinsamen Wirkungskreises gehören. Ich verstehe unter dem Namen der einfachen Herzschwäche solche Fälle, in welchen sich cordiale, d. h. vom Herzen abhängige Stauungserscheinungen bemerklich machen, nicht weil der Klappenapparat des Herzens oder der Herzmuskel oder sonst irgend ein Organ erkrankt und dadurch die Arbeitskraft des Herzens gemindert ist, sondern der Zustand der Herzschwäche hat sich als ein selbstständiges Leiden und als rein functionelle

3



Störung, frei von anatomischen Veränderungen, ausgebildet. Derartige Zustände entwickeln sich bei unserer mit harter Arbeit überbürdeten Berg- und Fabrikbevölkerung gar häufig und bilden ein ausserordentlich dankbares Object für unsere ärztliche Kunst, wenn eben wir es verstehen, ihnen zielbewusst auf den Leib zu rücken. Freilich darf hier der günstige Augenblick nicht verpasst werden, und während der Eine glänzende Erfolge hat, wird ein Anderer, der planlos therapeutisch umhertappt, seinen Patienten dem sichern Verderben anheimfallen lassen.

Selbstverständlich werden wir unter allen Umständen, wo auch immer wir Erscheinungen von Herzschwäche zu sehen bekommen,. die Prognose als ernst hinstellen, denn von der Herzschwäche zu der Herzlähmung ist nur ein kleiner Schritt, und Herzlähmung heisst Tod.

Nach dem bisher Gesagten wird es wohl kaum einer Entschuldigung bedürfen, wenn ich vor Ihnen die Behandlung des Herzmuskels, oder was dasselbe sagt, die Steigerung und Erhaltung der Herzkraft zum Vorwurf einer kurzen Auseinandersetzung gewählt habe. Ich habe mich diesem Thema um so lieber zugewandt, als gerade in der letzten Zeit das Gebiet der Herztherapie durch schätzenswerthe diätetische und medicamentöse Vorschläge bereichert worden ist.

Beschäftigen wir uns zunächst mit der Therapie des Herzmuskels im engsten Sinne des Wortes, mit der medicamentösen Behandlung des Herzens, so hat sich ohne alle Frage die Digitalis noch immer den ersten Platz und Vorrang zu bewahren gewusst. So oft man auch versucht hat, ihr den Vorzug streitig zu machen oder ihr wenigstens ebenbürtige Mittel an die Seite zu stellen, — alle Male hat sich die Hoffnung als trügerisch erwiesen, und es ist bis jetzt der Fingerhut das sicherste und wirksamste Heilmittel geblieben, wenn es gilt, die Kraft des Herzmuskels zu heben und seine Thätigkeit zu regeln. Aber dennoch haben sich in der Methode der Darreichungsweise der Digitalis manche neuere Anschauungen geltend gemacht und bewährt, welche wir hier nicht unerwähnt lassen wollen. Wer von Ihnen den Bestrebungen der internen Medicin ferner steht, der freilich wird sich vielleicht über diesen oder jenen Vorschlag eines Lächelns nicht erwehren und Dieses oder Jenes als übertriebene und gleichgültige Künstelei erachten; es liegt das eben im Vergleich zur Chirurgie und Geburtshülfe in der ganzen Natur der innern Medicin: dort kommen die Fehler fast augenblicklich an das Tageslicht, hier kann sich Ungeschick und Unkenntniss recht lange Zeit verborgen halten.

Von ausserordentlich practischer Bedeutung ist die Anwendung der Digitalis im Verein mit Alcoholicis und Excitantien oder in unmittelbarem Anschlusse an dieselben. Es kommt dergleichen in Fällen von Collaps in Betracht, wenn diese mit vorgeschrittener Cyanose gepaart sind. Gerade die Cyanose ist der bestimmende Factor. Wir wissen, dass die Kohlensäure ein narcotisirendes Gift ist, welches die Erregbarkeit des Nervensystems herabsetzt. Kein Wunder, dass darunter auch die Anspruchsfähigkeit des Vaguscentrums in der Medulla oblongata leidet. Damit wird aber der Digitalis ihr Hauptangriffspunkt genommen. Mögen wir unter solchen Umständen noch so grosse Digitalisgaben reichen, oder noch so viele Flaschen Fingerhutinfus auf einander folgen lassen, der Herzmuskel bleibt

dadurch unberührt und verharrt im Zustande bedenklicher Schwäche weiter. Aber das Bild wird sich ändern, wenn überhaupt noch eine Möglichkeit zur Aenderung besteht, sobald Sie der Darreichung von Digitalis einen Tag oder wenigstens einige Stunden lang grosse Gaben Alcoholes, am zweckmässigsten guten Cognacs, haben vorausgehen lassen. Dadurch führen Sie künstlich eine Anspruchsfähigkeit des Vaguscentrums wieder herbei, und die Digitalis ist nunmehr im Stande, ihre stärkenden und moderirenden Eigenschaften durch den Vagus dem Herzmuskel zu übermitteln. Es verhält sich also hier ähnlich wie bei der Anwendung von Brechmitteln. Auch von diesen wird Ihnen bekannt sein, dass sie, wenn Cyanose überhand genommen hat, nur dann wirken, wenn man das Vaguscentrum durch Cognacgaben zuvor angeregt und künstlich aufgefrischt hat. Empfehlen wird es sich, wenn Sie bei Herzkranken Tage lang dem Digitalisinfus direct Alcohol hinzusetzen, etwa auf ein Infus von 1 : 200 30 Gramm oder statt des Alcoholes oder im Verein mit ihm ein Infusum Valerianæ mit dem Fingerhutaufguss mischen lassen.

Noch immer ist die Medicinalformel des Infuses für die Digitalis die bei Weitem üblichste, aber dennoch muss man eingedenk sein, dass die pulverisirten Digitalisblätter da am Platze sind, wo man eines möglichst schnellen Erfolges sicher sein will. Dahin gehören vor Allem gewisse Formen der Uræmie. Ich erinnere Sie daran, dass die Ursachen für den Symptomencomplex der Uræmie sehr verschiedene sein können; denn während manche Fälle von Uræmie auf einer primären rein chemischen Intoxication des Organismus beruhen, gehen andere von Zuständen von Schwäche des Herzmuskels aus. Der Herzmuskel erlahmt mehr oder minder schnell in seiner Kraft, die Herztöne werden leise, der Puls klein und schwach, die Harnmenge sinkt unter die Norm, ja es besteht mitunter längere Zeit fast vollständige Anurie und dadurch wird secundär der Körper mit harnfähigen Auswurfstoffen überladen und uræmisch. Unter solchen Umständen ist kein Mittel mehr geeignet, die Gefahren der Uræmie abzulenken, als die Digitalis, und unter allen Anwendungsweisen werden Sie sich kaum einen prompteren und besseren Erfolg versprechen können als von derjenigen der gepulverten Digitalisblätter, etwa 0,1—0,15, 2stündlich 1 Pulver. Bald wird sich der Puls wieder heben, die Herztöne werden lauter werden, an Stelle der Anurie tritt eine reichliche Harnfluth und diese wiederum führt in vielen Fällen eine erstaunlich grosse Zahl von Nierencylindern mit sich, die mitunter auf dem Boden des Gefässes eine mehrere Millimeter hohe Sedimentschicht bilden und begreiflicherweise im Stadium bestehender Herzschwäche durch mechanische Verstopfung der Harncanälchen der Nieren zur Verminderung der Harnmenge wesentlich beitrugen.

Noch zu einem anderen Zwecke würde ich die Anwendung der Digitalisblätter in pulverisirter Form warm empfehlen, nämlich dann, wenn es sich darum handelt, aus der diuretischen Wirkung der Digitalis Vortheile zu ziehen. Ich muss mich freilich hier insofern corrigiren, als die Digitalis bekanntlich ein eigentliches Diureticum gar nicht ist. Ja! man hat sogar erfahren, dass sie bei Gesunden die Diurese direct beschränkt. Nichts desto weniger aber sehen wir sie am Krankenbett auf indirectem Wege, d. h. unter Vermittlung des Herzmuskels und durch Steigerung des Blutdruckes die Harnausscheidung vermehren, und diese ihre Eigenschaft

nimmt gewaltig zu, einmal wenn Sie die Digitalis in pulverisirter Form reichen, namentlich aber, wenn Sie noch die Digitalisblätter mit grösseren Gaben Calomels zu einem einzigen Pulver mischen. Ich habe dabei nicht allein die Hydropsien der Herzkranken im Auge, sondern auch die hydropischen Ansammlungen der Emphysematiker, Bronchitiker, Marastischen und die Bauchhöhlenwassersucht der Leberkranken.

Wenn wir bisher Gelegenheit genommen haben, der heilsamen Einflüsse der Digitalis und namentlich solcher feineren Kunstgriffe zu gedenken, durch welche jene befördert und begünstigt werden, so wissen wir doch Alle, dass die Digitalis in der Hand eines Unerfahrenen zum Tod und Verderben bringenden Gifte werden kann. Ich habe dabei nicht einmal im Sinne, dass es sich um eine Darreichung von zu grossen Digitalisgaben handelt: was uns augenblicklich weit mehr interessirt, ist die Bedeutung der cumulativen Wirkung der Digitalis. Es ist uns allen bekannt, dass es sich bei der Darreichung der Digitalis ereignen kann, dass Tage lang keine Digitaliswirkung zum Vorschein kommt, plötzlich aber bricht dieselbe mit solcher Vehemenz herein, dass der Herzmuskel nicht gestärkt wird, sondern in die Gefahr kommt, gelähmt zu werden. Es gilt daher bei vielen Practikern als Regel, nach dem Gebrauche von 2—3 Flaschen eines Digitalisinfuses eine Pause von mehreren Tagen eintreten zu lassen. Es wäre selbstverständlich thöricht von mir und hiesse den Thatsachen ins Gesicht schlagen, wollte ich die cumulative Wirkung der Digitalis irgendwie in Abrede stellen; aber das kann mich nicht verhindern, meine aus vielen Erfahrungen gewonnene Ueberzeugung unumwunden auszusprechen, dass man die cumulative Wirkung der Digitalis am Krankenbett vielfach übertrieben und überschätzt hat. Hätte ich die Digitalistherapie bei meinen Patienten immer nach jeder zweiten oder dritten Flasche Digitalis abbrechen wollen, wie Viele unter ihnen wären der Segnungen dieses Heilmittels untheilhaftig geblieben! Wie oft habe ich erst nach der 6., 8. Flasche und mitunter selbst erst nach noch mehr Digitaliswirkung auftreten gesehen, und wie häufig blieb dieselbe auch dann in regulären Bahnen, wenn der Digitalisgebrauch selbst dann noch einige Zeit fortgesetzt wurde.

Es führt mich dies auf eine für die Praxis sehr wichtige Frage, die ich kurzweg als Digitalismus bezeichnen will. Ist es irgendwie berechtigt, so fragen wir, den Gebrauch der Digitalis über Wochen oder gar über Monate fortzusetzen? Diese Frage würde ich nach meinen Erfahrungen unbedingt unter gewissen Voraussetzungen in bejahendem Sinne beantworten. Wenn es sich um geringe fettige Degeneration des Herzmuskels handelt, oder um wenig umfangreiche Schwächen des Herzmuskels, oder namentlich um Zustände von toxischer Herzmuskelschwäche, beispielsweise in Folge von Alcohol oder Tabak, kurz und gut, wenn die Kraft des Herzmuskels zwar für längere Zeit geschwächt, aber immerhin reparationsfähig ist, dann sind meines Erachtens die Bedingungen dafür gegeben, in der zeitlichen Darreichung der Digitalis nicht zu engherzig zu sein, sondern das Mittel lange Zeit und eventuell ohne Unterbrechung fortgebrauchen zu lassen. Freilich liest man häufig genug, dass der Herzmuskel sich bald an das Stimulans gewöhnt habe und demselben dann nicht mehr weiter gehorche, — solche Herzen kommen

vor, aber sie sind keineswegs ungewöhnlich häufig und stossen nicht meine Empfehlung des Digitalismus um. Ist doch aus der deutschen Litteratur eine Beobachtung bekannt, in welcher eine Frau seit sechs Jahren anhaltend Digitalis gebrauchte und jedes Mal die heftigsten Entziehungsqualen bekam, wenn sie den Versuch machte, dem Mittel zu entsagen.

Die Bemühungen, die wirksamen Bestandtheile der Digitalis rein darzustellen und unter ihnen namentlich das Digitalin practisch zu verwerthen, haben leider bisher zu einem brauchbaren Ergebniss nicht geführt. Es liegt dies zweifellos theilweise daran, dass eine wirkliche Reindarstellung dieser glycosidartigen Körper noch nicht gelungen ist, wesshalb ihre Wirksamkeit eine sehr ungleiche und unzuverlässige ist.

Gehen wir von der Digitalis zu andern modernen Herzmitteln über, so muss ich hier nochmals hervorheben, dass ein ihr gleich kommendes Medicament nach meinen Erfahrungen bisher noch nicht gefunden ist, ja! manche unter den in Vorschlag gebrachten Heilmitteln haben sich als so unzuverlässig ergeben, dass ich Sie nicht einmal mit ihrer Nennung behelligen möchte. Wenn ich Ihnen die Präparate, die meines Erachtens allein in Frage kommen könnten, zunächst in historischer Reihenfolge vorführen darf, so kämen Convallaria majalis, Adonis vernalis, Coffeïnpräparate, Strophantus und Sparteinum in Betracht. Aber die eben aufgezählte Folge wird sofort eine andere, wenn wir die genannten Mittel nach ihrer pharmako-dynamischen Werthigkeit ordnen, denn dann kommen Strophantus und Spartein als die sichersten in erster Linie zu stehen, während sich daran Coffeïn und zuletzt Convallaria und Adonis anschliessen.

Die Präparate des Strophantus hispidus, einer aus Afrika stammenden Apocineæ, haben seit kaum länger als einem Jahr die Aufmerksamkeit der practischen Aerzte auf sich zu ziehen angefangen. Auch die Bekanntschaft mit der einfachen Drogue ist jüngern Datums, indem erst in den fünfziger Jahren unsers Jahrhunderts die Afrikareisenden, Gebrüder Livingstone, dieselben anbahnten. Benutzt werden von der genannten Pflanze gewöhnlich nur die Samen, zumal *Fraser* fand, dass das wirksame Princip — Strophantin genannt — in den Samen weit reichlicher vorhanden sei, als in den Stengeln und Blättern. Versuche mit dem Strophantin selbst liegen zwar am kranken Menschen vor, doch haben dieselben bisher manche Unannehmlichkeit im Gefolge gehabt, namentlich führen subcutane Einverleibungen ähnlich wie diejenigen von Digitalin zu so heftigen örtlichen Reizerscheinungen, dass das Strophantin aller Wahrscheinlichkeit nach ebenso wenig Eingang in die ärztliche Praxis finden wird wie die Digitalinpräparate. Man hat daher fast ausschliesslich die weingeistige Tinctur des Strophantussamens benutzt. Leider sind zur Zeit die Samen verhältnissmässig schwer zu haben und demzufolge noch recht theuer. Diejenige Strophantustinctur, welche ich Ihnen hier herumgebe, hat unser Cantonsapotheker, Herr *Keller*, selbst verfertigt und alle meine Erfahrungen beziehen sich ohne Ausnahme nur auf dieses Präparat. Wenn Sie von demselben etwas kosten wollen, so werden Sie sofort bemerken, dass die Tinctur von intensiv bitterem Geschmacke ist, doch ist derselbe wohl kaum hervorragend unangenehm, und unter einer grössern Zahl meiner Kranken fanden sich

doch nur zwei Männer, beide mit Mitralklappeninsufficienz, welchen das Mittel unmittelbar nach seiner Einnahme so heftigen Widerwillen und so grosse Uebelkeit erregte, dass man es, weil es mehrfach zu Erbrechen kam, auszusetzen gezwungen war. In Bezug auf das Aussehen der Strophantustinctur möchte ich noch kurz bemerken, dass ihr Aussehen je nach den verschiedenen Bezugsquellen wechselt. Herr Cantonsapotheker *Keller* hat wie immer das Präparat mit grosser Sorgfalt dargestellt und dadurch wohl auch ein besonders wirksames Medicament producirt.

Fragen wir uns nun, welche pharmaco-dynamischen Eigenschaften entfaltet eine wirksame Strophantustinctur, so lautet die Antwort darauf: wir erreichen mit ihr dasselbe, wie mit der Digitalis. Sie verlangsamt und regelt die Herzbewegung und sie steigert den Blutdruck und fördert dadurch die Diurese. Auch hat man behauptet, dass sie mit der Digitalis die Eigenschaft theilt, die Körpertemperatur zu erniedrigen, allein wird schon — nach unserm Dafürhalten mit Recht — die genannte Eigenschaft der Digitalis abgesprochen, so trifft das nach unsern Erfahrungen noch sehr viel mehr für den Strophantus zu.

Die heilsamen Wirkungen der Strophantustinctur lassen sich begreiflicherweise leicht verfolgen. Leute, die einen unregelmässigen, ungleichen und jagenden Puls gehabt haben, bekommen nach dem Gebrauche von etwa 3 Mal täglich 15 Tropfen Strophantustinctur einen regelmässigen, langsameren und kräftigeren Puls. Die Zunahme des Blutdruckes in der Radialarterie lässt sich direct mit dem *von Basch*'schen Sphygmomanometer nachweisen. Auch in dem Pulsbilde spricht sich deutlich die wachsende Grösse der Pulswelle und die zunehmende Spannung im Arterienrohr aus. Ich will Ihnen hier zunächst die Pulscurve eines 53jährigen Mannes herumgeben, welcher 6 Wochen lang ununterbrochen unter dem Einfluss von Strophantustinctur gestanden hatte. Wenn Sie sich des Aussehens der Pulscurve eines Gesunden erinnern wollen, so wissen Sie, dass wir an dem absteigenden Schenkel der Pulscurve drei Unterbrechungen oder Elevationen unterscheiden, von denen die mittlere den Namen der Rückstosselevation führt, während die obere und unterste erste und zweite Elasticitätselevation heissen. Während die Elasticitätselevationen um so ausgesprochener sind, je grösser der Blutdruck ist, gewinnt gerade die Rückstosselevation eine um so mächtigere Ausbildung, je niedriger der Blutdruck ausfällt. Fassen Sie nun daraufhin diese exquisite Strophantuspulscurve (vgl. Fig. 1) ins Auge, so werden Sie sofort wahrnehmen, dass die Elasticitätselevationen in ganz ungewöhnlicher Deutlichkeit entwickelt sind, mithin, dass sich

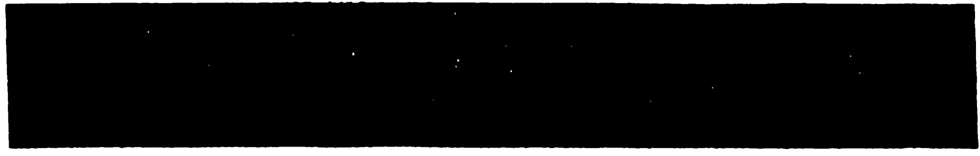


Fig. 1. Pulscurve nach 6 wöchentlichem Strophantusgebrauch bei einem 53jährigen Manne mit Schrumpfniere und Herzhypertrophie.

während des längeren Gebrauches von Strophantustinctur der Blutdruck auf einer sehr beträchtlichen Höhe gehalten hat. Dieses Ergebniss wird um so augenfälliger, wenn Sie mit dieser ersten Curve eine andere Pulscurve von demselben Kranken

vergleichen, welche aufgenommen wurde, nachdem man die Strophantustinctur ausgesetzt und durch die möglichst indifferente Phosphorsäure ersetzt hatte. (vgl. Fig. 2.) Um nun jede Zufälligkeit auszuschliessen, erhielt der Kranke einige Zeit



Fig. 2. Pulscurve von demselben Manne, nachdem 7 Tage lang nur Phosphorsäure gebraucht war (5,0 : 200, 2 stdl.).

später von Neuem Strophantustinctur, und Sie erkennen, dass die Pulscurve sofort wieder der zuerst demonstrirten Strophantuscurven gleicht. (vgl. Fig. 3.)



Fig. 3. Pulscurve von demselben Manne; seit 7 Tagen wieder Strophantustinctur gebraucht.

Wenn Sie mir gestatten wollen, die Wirksamkeit der Digitalis und des Strophantus auf Grund meiner bisherigen Erfahrungen gegen einander abzuwägen, so würde ich die Ergebnisse ungefähr in folgende Sätze zusammenfassen:

1) Digitalis und Strophantus, sie beherrschen den Herzmuskel beide in gleicher Weise, indem sie seine Thätigkeit verlangsamen, regeln und steigern und dadurch unter gegebenen Umständen die Diurese erhöhen.

2) Die Digitalis entfaltet ihren Einfluss schneller, auch im Ganzen sicherer, als der Strophantus und wird daher in den meisten Fällen noch immer dasjenige Heilmittel bleiben, von dem man zuerst Gebrauch machen wird.

3) Der Strophantus ist der Digitalis darin überlegen, dass er keine cumulativen Wirkungen entfaltet und, wie ich dies an den Ihnen vorgewiesenen Pulscurven gezeigt habe, trotz langen Gebrauches seine günstigen Einwirkungen auf den Herzmuskel ununterbrochen fortsetzt.

Lassen Sie mich diese, wenn ich so sagen darf, Hauptsätze noch mit einigen Erläuterungen begleiten. Was zunächst die Gaben der Strophantustinctur anbetrifft, so verordneten wir in der Regel 3 Male täglich 15 Tropfen. Es war das eine Dosis, wie sie gut von den Patienten vertragen wurde und zur Hervorrufung der specifischen Wirkungen genügte. Man hat übrigens, so viel wir gesehen haben, keinen Grund, bei grossen Gaben toxische Einflüsse von der Strophantustinctur besonders zu fürchten. Eine der ersten Kranken, welche mit Strophantustinctur behandelt wurde, war eine 24jährige Frau, welche an Mitralklappeninsufficienz und hochgradigen Stauungserscheinungen litt. Sie debutirte damit, dass sie einen unbewachten Augenblick benutzte, um sich die 10 grm. der verschriebenen Flüssigkeit von ihrem Tischchen herunterzuholen und auf ein Mal auszutrinken. Es war dies Vorgehen nicht nur gegen die ärztliche Verordnung, sondern auch gegen die Ordnung der Klinik, weil die Kranken die Medicinen jedes Mal abge-

messen aus der Hand der Wärterinnen empfangen. Ich muss offen gestehen, dass mir, als ich von dem Ereigniss erfuhr, nicht besonders gut zu Muthe war; aber ich kann Sie versichern, dass der Vorfall der Patientin selbst besser bekam als mir, denn während ich mich wegen der Folgen und drohenden Intoxication abängstigte, traten bei der Patientin ausser einer leichten vorübergehenden Uebelkeit keine anderen Störungen zu Tage. Sonderbarer Weise blieb auch die Herzaction bei ihr fast ganz unbeeinflusst, während dieselbe späterhin bei Darreichung der üblichen Strophantusgaben geregelt und gekräftigt wurde.

Ich darf es nicht unerwähnt lassen, dass ich mehrfach Kranke behandelt habe, bei welchen die Strophantustinctur günstiger als die Digitalis wirkte. So begegneten mir einzelne Patienten, welche Digitalis auch in kleinen Gaben absolut nicht vertrugen und namentlich sofort über Uebelkeit und Brechneigung zu klagen hatten, während ihnen der Strophantus ausgezeichnet bekam. Bei Andern übte die Digitalis nur einen sehr geringen kräftigenden und regulatorischen Einfluss aus, während sich der Strophantus als weit wirksamer erwies. Als Exempel reiche ich Ihnen hier zwei Pulscurven herum, beide von derselben Person bei gleichem Federdruck des *Dudgon*'schen Sphygmographen gewonnen, die eine mit niedrigen Elevationen unter Digitalisgebrauch, die andere mit höheren unter der Einwirkung des Strophantus (vgl. Fig. 4—6). Berücksichtigung verdient, dass, während bei Morbus



Fig. 4. Hochgradiger arrhythmischer und inæqualer Puls bei einer 24jährigen Frau mit Insufficienz und Stenose der Mitralis, trotz längeren Gebrauches von Digitalis (1 : 200, 2 stdl.).



Fig. 5. Dasselbe nach 2tägigem Gebrauch von Strophantustinctur.



Fig. 6. Dasselbe nach 10tägigem Gebrauch von Strophantustinctur.

Basedowii die Digitalis wohl ausnahmslos ausser Stande ist, die beschleunigte Herzaction zu verlangsamen, der Strophantus zwar nicht absolut sicher, aber doch in manchen Fällen eine solche Wirkung herbeiführt. Ich will endlich noch erwähnen, dass es mir bei einem jungen Mädchen, die wegen eines seit der Kindheit bestehenden Ascites bereits öfter als 30 Male punctirt worden ist, durch kein anderes Mittel als durch Strophantus gelungen ist, die Diurese von 500—600 ccm.

täglich auf 1000—1400 ccm. zu vermehren und auf dieser Höhe lange Zeit zu erhalten. Somit glaube ich, dass Sie mit mir den Eindruck gewonnen haben werden, dass wir in dem Strophantus hispidus in den Besitz eines mächtigen Herzmittels gelangt sind, welches der Digitalis ernste Concurrenz machen wird.

Sehr viel weniger als die Strophantustinctur dürfte das Sparteïnum sulfuricum geeignet erscheinen, sich der Digitalis einigermaassen ebenbürtig an die Seite zu setzen. Auch hat man es bei ihm nicht etwa mit einem wirklich modernen Heilmittel zu thun, denn der Besenginster, Spartium scoparium, ist von englischen Aerzten schon seit langer Zeit als Diureticum empfohlen worden, und das Sparteïn ist eben nichts anderes als ein Alcaloid oder nach Anderen eine glycosidartige Substanz der genannten Pflanze. Seine Empfehlung als Herzmittel freilich ist neuen Datums und rührt von *Sée* in Paris aus dem Jahre 1885 her. Sie haben das Sparteïnum sulfuricum in diesem kleinen Fläschchen vor sich. Sie erkennen, dass es sich um ein aus feinen weissen Krystallnadeln zusammengesetztes Pulver handelt, welches — wenigstens für meine Zunge — einen sehr unangenehm und nachhaltig bittern Geschmack besitzt. Man thut daher gut daran, dieses Mittel in Oblate nehmen zu lassen, da es andernfalls lästige Uebelkeit und Erbrechen hervorruft. Das Präparat ist wie alle Alcaloide nicht billig, aber als Alcaloid freilich gehört es keineswegs zu den kostbarsten. Man reicht es in Dosen zu etwa 0,1 und selbst darüber, 1—4 Male am Tage.

Wollte man den Angaben von *Sée* folgen, so sollte man meinen, dass das Sparteïn der Digitalis zum mindesten gleichwerthig, ihr womöglich überlegen sei. Davon kann nach meinen Erfahrungen gar keine Rede sein. Ich gebe gerne zu, dass es vielleicht zur Regelung und Kräftigung der Herzthätigkeit beiträgt, aber der Einfluss ist denn doch ein sehr unbedeutender, was sich nicht nur an der Pulscurve ausspricht, sondern auch darin, dass die Diurese in der Mehrzahl der Fälle unbeeinflusst bleibt. Ich gebe Ihnen hier die Pulscurve eines 57jährigen

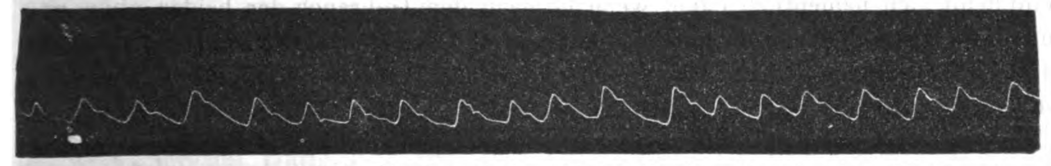


Fig. 7. Pulscurve eines 57jährigen Mannes mit idiopathischer Herzhypertrophie, ohne Medication.

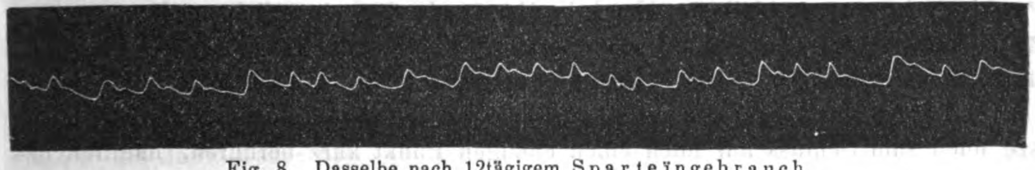


Fig. 8. Dasselbe nach 12tägigem Sparteïngebrauch.



Fig. 9. Dasselbe nach 7tägigem Strophantustincturgebrauch.

Mannes herum, welcher an Herzhypertrophie und Nierenschrumpfung auf arteriosclerotischer Basis leidet. Trotzdem dieser Kranke seit 2 Wochen unter der Wirkung von Sparteïn stand, so ist dennoch sein Puls unregelmässig, klein und von niedriger Spannung geblieben, während er sich nach dem Gebrauch von Strophantustinctur in günstigster Weise änderte (vgl. Fig. 7–9). Dagegen gab gerade dieser Kranke Gelegenheit, eine andere günstige Eigenschaft des Sparteïns zu erkennen, dass es nämlich sehr geeignet ist, asthmatische Zustände der Herzkranken zu mildern und selbst zu beseitigen. Da ich nun auch bei andern Kranken die gleiche Erfahrung gemacht habe, so würde ich Ihnen die Verordnung des Sparteïnum sulfuricum gerade bei solchen Herzkranken empfehlen, welche von den qualvollen Zuständen des Asthma cordiale heimgesucht werden.

Was die Coffeïnpräparate anbetrifft, so darf ich mich da wohl kurz fassen, da die meisten unter Ihnen über eigene Erfahrungen verfügen werden. Auf der Klinik und in der Privatpraxis wurde von mir fast ausschliesslich das Coffeïnum Natrio-benzoicum oder das Coffeïnum Natrio-salicylicum benutzt. Es lässt sich ja nicht in Abrede stellen, dass auch dem Coffeïn regulatorische und stärkende Wirkungen auf den Herzmuskel zufallen, aber dieselben sind noch geringer als diejenigen des Sparteïns. Dagegen hat das Coffeïn vor dem Sparteïn einen Vortheil voraus, dass es nämlich ein vortreffliches harntreibendes Mittel ist.

Von der Adonis vernalis und Convallaria majalis mache ich seit der Bekanntschaft mit dem Strophantus, Sparteïn und Coffeïn keinen Gebrauch mehr. Ihre Einflüsse auf das Herz sind zu gering, ihre diuretischen Wirkungen unzuverlässig, und dazu erregen sie sehr häufig Uebelkeit und Erbrechen.

Fassen wir unsere Erfahrungen über die medicamentöse Behandlung des Herzmuskels in wenige Worte zusammen, so gelangen wir zu folgendem Resultat: Unter allen Herzmitteln steht die Digitalis an Schnelligkeit und Sicherheit der Wirkung obenan; ihr am nächsten kommt die Strophantustinctur. Das Sparteïn empfiehlt sich namentlich dann, wenn es nach dem Gebrauch der beiden eben genannten Mittel sich darum handelt, asthmatische Zustände zu bekämpfen, während die Coffeïnpräparate dort den Vorzug verdienen, wo es gilt, die Diurese zu steigern.

Wer etwa glauben sollte, dass das ganze Geheimniss der Herztherapie in Medicamenten beruht, dem freilich werden grobe und vielfache Enttäuschungen in der Praxis nicht erspart bleiben. Hand in Hand mit der eigentlich medicamentösen Behandlung muss ein vernünftiges diätetisches Regimen gehen. Ich will Ihre Aufmerksamkeit, verehrte Herren Collegen! nicht zu lange Zeit in Anspruch nehmen, denn die Diätetik des Herzmuskels ist ein umfangreiches Capitel. Lassen Sie mich zum Schluss nur noch einen einzigen Punkt kurz berühren, nämlich das sog. *Oertel*'sche Heilverfahren. Es ist Ihnen bekannt, dass vor wenigen Jahren Prof. *Oertel* in München eine Behandlungsmethode der Herzkrankheiten angegeben hat, deren Principien wesentlich darauf hinauslaufen: Wasserentziehung durch Nahrung und gesteigerte Hautperspiration und methodisches Gehen zur Kräftigung und Regeneration des Herzmuskels. Diese Methode hat viel Aufsehen gemacht, und man darf wohl sagen, dass der Enthusiasmus anfangs ein fast allgemeiner

war. Allmälig ist man wieder etwas kühler geworden, und es haben sich directe Gegner gegen das *Oertel*'sche Heilverfahren erhoben. Wenn ich Ihnen kurz meine Ansicht über dieses Thema andeuten darf, so gehöre ich zwar nicht zu den unbedingten Verehrern der angeführten Methode; aber ich erkenne doch gerne ihre sehr guten Seiten an, namentlich wenn man sie individualisirend zu gebrauchen versteht. Für alle Formen von Herzschwäche halte ich es in der That auch für werthvoll, nicht die Einfuhr von Flüssigkeit direct zu entziehen, aber sie doch — wenn nöthig — einzuschränken. Man controlire also die Harnausscheidung und trage dafür Sorge, dass die Menge der eingenommenen Flüssigkeit niemals diejenige des ausgeschiedenen Harnes übersteigt. Man wird andernfalls nur schwer darauf rechnen dürfen, den Kreislauf zu entlasten und bei Hydropischen eine Resorption der wassersüchtigen Ansammlungen anzubahnen.

Mit den körperlichen Bewegungen dagegen sei man sehr vorsichtig. Herzklappenkranke sog. Terraincuren machen zu lassen, halte ich im Allgemeinen direct für einen Kunstfehler, der durch Ueberanstrengung und Ueberdehnung des Herzmuskels Ursache plötzlichen Todes werden kann. Ebenso wenig erachte ich es für richtig, Kranke mit ausgedehnten Schwielenbildungen im Herzmuskel Berge steigen zu lassen, denn das hätte begreiflicherweise nur dann Sinn, wenn es erwiesen wäre, dass danach die Schwiele allmälig schwindet und durch gesunde Muskelmassen ersetzt wird. Genau das Gleiche gilt nach meiner Ueberzeugung für die eigentliche Fettdegeneration der Herzmuskelfasern. Anders dagegen steht es bei jener Form von Fettherz, bei welcher es sich um eine übermässige Anhäufung von subepicardialem Fett handelt, welches den Herzmuskel in seinen Bewegungen hemmt. Hier wird man durch methodisches Gehen das Fett nach und nach zum Schwinden bringen und das Herz aus seiner Gefangenschaft befreien, und so sehen Sie, dass die *Oertel*'sche Methode ihren guten Kern hat, wenn wir uns des Satzes erinnern und ihm gemäss handeln wollen:

„Prüfet Alles und das Beste behaltet."

Meteorologisches
über die Winterstationen Andermatt, Davos und St. Beatenberg.

Von **Fr. Schmid**, Arzt in Luzern.

Im Jahrgang 1883 dieser Blätter findet der Leser einen von mir in summarischer Kürze abgefassten Bericht über die klimatologischen Verhältnisse von A n d e r m a t t, wie ich sie während meines dortigen Aufenthaltes, der sich auf etwas mehr als Jahresdauer erstreckte, theils durch eigene Beobachtung, theils an Hand der officiell vorgenommenen meteorologischen Aufzeichnungen kennen gelernt hatte. Veranlasst wurde jene Publication theilweise durch den Umstand, dass im vorausgegangenen Spätsommer (September 1882) 20 Militärärzte sich 2 Tage lang in A n d e r m a t t aufhielten, wo das ganze U r s e r e n t h a l in dichtem Nebel lag. Es wurde zwar an jenen Tagen telegraphisch der Beweis erbracht, dass es anderwärts (Davos) nicht besser war. Aber der eine oder andere der Herren Collegen

mochte sich doch unter dem ungünstigen Eindruck, den ihm jener Aufenthalt in Andermatt bereitete, ein etwas düsteres Bild von dem Winter im Urserenthal ausgemalt haben.

Aus den damaligen Zusammenstellungen konnte ich im Gegentheil hervorheben, dass der Winter in Andermatt ungleich günstigere meteorologische Verhältnisse darbiete, als der Sommer, dass hinsichtlich der Gleichmässigkeit der Temperatur, der Häufigkeit, Richtung und Stärke der Winde, ferner hinsichtlich Bewölkung und Nebelbildung die kalte Jahreszeit in Andermatt sich vortheilhaft vor dem Sommer auszeichne.

Wenn ich heute an dieser Stelle etwas ausführlicher und an Hand objectiven Materials auf die damals nur flüchtig skizzirten klimatologischen Verhältnisse des Winters von Andermatt zurückkomme, so muss ich vorausschicken, dass die Veröffentlichung dieser Arbeit auf Wunsch der ärztlichen Gesellschaft von Luzern, wo ich dieses Thema im December 1886 zum Gegenstande eines Vortrages machte, geschieht. Aeussere Umstände verhinderten damals eine endgültige Fertigstellung und Einsendung des Manuscriptes. Inzwischen ist eine Arbeit, zum Theil ähnlichen Inhaltes, aus der Feder des derzeitigen Curarztes von Andermatt erschienen (Dr. *Neukomm*, Andermatt als Wintercurort. Zürich, Orell Füssli & Cie, 1887), eine Arbeit, deren meteorologischer Abschnitt sich auf einen Vergleich zwischen Andermatt und Davos stützt. Der Verfasser derselben ist dabei zu Resultaten gelangt, welche in den meisten Punkten mit den Ergebnissen meiner Untersuchung übereinstimmen, welch' letztere einen kleinern Zeitraum umfasst, dafür aber mehr in's Detail geht. Die Veröffentlichung dieser meiner Untersuchung, welche sich überdies, neben dem von Dr. *Neukomm* zum Vergleich beigezogenen Davos, noch auf einen dritten Höhencurort erstreckt, nämlich St. Beatenberg im Berner Oberland, der in den letzten Jahren zu Bedeutung gelangt ist, dürfte manchem der Leser dieser Blätter, der weder Zeit noch Lust hat, sich in den meteorologischen Originaltabellen selbst zurecht zu finden, einigermaassen willkommen sein.

Objectiv nannte ich das dargebotene meteorologische Material. Absolut zutreffend ist dieses Wort freilich nicht. Denn einmal sind die Beobachtungsstationen durchaus nicht unter ganz gleiche Bedingungen gesetzt. Sodann ist bei einigen meteorologischen Factoren dem Beobachter, der die Aufzeichnungen von amtswegen vornimmt, trotz genauer Instruction von der Centralanstalt aus, ein nicht zu vermeidender Spielraum subjectiver Auffassung belassen. Von der persönlichen Auslegung desselben hängt es ab, ob eine locale Dunstansammlung über einem Walde oder an einem Bergabhang oder über einem Flussbett bei sonst klarer Witterung als Nebeltag einzutragen sei oder nicht. Auch hinsichtlich der Bewölkungsintensität spielt die Subjectivität der Beobachtung eine Rolle; die photographische Aufnahme des Firmamentes behufs Darstellung der jeweiligen Bewölkungszonen existirt meines Wissens bis jetzt nicht und es ist lediglich eine annähernde Bestimmung, welche entscheidet, ob beispielsweise der Grad der Bewölkung mit 4 oder 5 Zehntel bezeichnet werden soll. Aehnlich verhält es sich auch mit den Angaben über die Windstärke. Es kann füglich ein Beobachter,



wenn die Intensität z. B. zwischen 0 und 1 liegt, eine Calme eintragen, während der Andere dieselbe mit erster Stärke bezeichnet, und Keinem kann man sagen, er habe unrichtig aufgezeichnet. Absolut zuverlässige Angaben würde nur ein Anemometer liefern können.

Diese Unsicherheiten in der Beobachtung muss man stets im Auge behalten, und es wäre nach meiner Ansicht unrecht, wenn man kleinen Differenzen irgend welches Gewicht beilegen wollte.

Wir müssen unseren vergleichenden meteorologischen Beobachtungen eine Berichtigung vorausschicken, indem wir bemerken, dass Davos 1560 und nicht, wie bei *Gsell-Fels* an verschiedenen Stellen zu lesen ist, 1652 M. ü. M. gelegen ist. Andermatt liegt 1448, Beatenberg 1150 M. ü. M.

Bei der nun folgenden Zusammenstellung der meteorologischen Daten, wie ich sie aus einem Zeitraum von 5 Jahren, 1877—1881, für die drei Stationen anführen werde, habe ich mich lediglich auf die 6 Wintermonate Januar, Februar, März, October, November, December beschränkt, und das Sommerhalbjahr ganz ausser Betracht gelassen.

Es sei erwähnt, dass von den 3 Tages-Beobachtungen an den sämmtlichen 3 Stationen eine Morgens 7 Uhr, die zweite Mittags 1 Uhr gemacht wurde, die Abendmessung in Davos und Beatenberg um 9 Uhr, in Andermatt aber um 8 Uhr geschah.

Die barometrischen Schwankungen, als für unsern Zweck nicht von besonderem Belang, bei Seite lassend, beginnen wir mit einer tabellarischen Darstellung der Temperaturverhältnisse, wie sie als Durchschnittswerthe für die einzelnen Wintermonate der fünf Jahrgänge resultiren. Die Monatsmittel der Temperatur betrugen: [1])

1877	Andermatt	Davos	Beatenberg
Januar	— 8,99	— 4,21	+ 0,98
Februar	— 8,82	— 3,79	— 0,08
März	— 8,47	— 8,91	— 0,43
October	+ 1,53	+ 1,54	+ 4,69
November	0,00	— 0,89	+ 3,28
December	— 6,68	— 6,86	— 2,10
Mittel des Winterhalbjahres 1877	— 2,65	— 2,94	+ 1,06

1878	Andermatt	Davos	Beatenberg
Januar	— 9,60	— 9,16	— 8,98
Februar	— 5,69	— 4,50	+ 0,60
März	— 4,18	— 4,49	— 0,72
October	+ 4,88	+ 4,40	+ 7,59
November	— 2,85	— 8,87	— 0,53
December	— 7,48	— 8,39	— 3,71
Mittel des Winterhalbjahres 1878	— 4,07	— 4,33	— 0,12

1879	Andermatt	Davos	Beatenberg
Januar	— 5,12	— 6,57	— 1,40
Februar	— 2,91	— 4,53	— 0,62
März	— 0,96	— 1,85	+ 2,51
October	+ 2,80	+ 3,30	+ 5,69
November	— 5,22	— 4,86	— 1,66
December	— 10,83	— 9,36	— 4,54
Mittel des Winterhalbjahres 1879	— 3,17	— 8,98	— 0,00

1880	Andermatt	Davos	Beatenberg
Januar	— 9,78	— 9,02	— 8,88
Februar	— 8,35	— 8,35	+ 1,24
März	+ 0,35	+ 0,07	+ 5,10
October	+ 4,61	+ 5,08	+ 7,52
November	— 0,07	+ 0,27	+ 2,65
December	— 1,36	— 2,07	+ 2,41
Mittel des Winterhalbjahres 1880	— 1,60	— 1,50	+ 2,51

[1]) Es sei hier bemerkt, dass sämmtliche Tabellen dieser Arbeit von amtlicher Stelle geprüft und richtig gefunden worden sind. D. Verf.

1881	Andermatt	Davos	Beatenberg
Januar	— 8,24	— 8,70	— 4,47
Februar	— 3,66	— 8,39	+ 1,24
März	— 0,38	— 0,10	+ 3,59
October	+ 0,51	+ 1,66	+ 2,84
November	+ 1,01	+ 2,20	+ 4,77
December	— 5,18	— 3,90	— 0,26
Mittel des Winterhalbjahres 1881	— 2,66	— 2,04	+ 1,28
5jähriges Mittel der Winterhalbjahre 1877/1881	— 2,94	— 2,96	+ 0,95

Aus dem Endergebniss vorstehender Ziffern-Uebersicht, wie es sich in dem 5jährigen Temperaturmittel kundgibt, ersehen wir eine bis fast zu völliger Congruenz gehende Uebereinstimmung zwischen Davos und Andermatt, während Beatenberg ein erheblich abweichendes Resultat zeigt. Der Durchschnittswerth der Wintertemperatur beträgt in Davos — 2,96, in Andermatt — 2,94, während diejenige von Beatenberg mit + 0,95 beträchtlich differirt und, was besonders zu beachten ist, über den Gefrierpunkt zu liegen kommt. Auch in Bezug auf die Mitteltemperatur der einzelnen Jahrgänge lehnt sich Andermatt an Davos an, während Beatenberg wiederum ein ganz differentes Ergebniss aufweist. Es zeigt sich nämlich, wenn wir die einzelnen Jahrgänge in's Auge fassen, die, wie mir scheint, wichtige Thatsache, dass in Andermatt und Davos die Mitteltemperatur der 6 Wintermonate in jedem Jahrgang unter Null steht, während dies in Beatenberg nur 1 Mal (1878) der Fall ist.

Und wiederum in Bezug auf die Monatsmittel finden wir eine sehr auffallende Uebereinstimmung zwischen Andermatt und Davos, im Gegensatz zu Beatenberg. Es stehen die mittleren Monatstemperaturen über Null: in Andermatt 7 Mal, in Davos 8 Mal, in Beatenberg dagegen 16 Mal, also in mehr als der Hälfte aller 30 Beobachtungsmonate. Abstrahiren wir vom October, rechnen wir auf den Winter blos 5 statt 6 Monate, so bekommen wir das Resultat, dass in Beatenberg 11 Mal, in Davos 3 Mal, in Andermatt sogar blos 2 Mal das Monatsmittel der Temperatur während des eigentlichen Winters über Null zu stehen kommt.

Die hohen Wintertemperaturen Beatenbergs gegenüber denjenigen von Davos und Andermatt, die ja blos 300—400 Meter höher gelegen sind als jenes, verlieren ihr Auffälliges, wenn man die topographischen Verhältnisse dieser 3 Orte betrachtet. Die beiden letztgenannten Stationen liegen in der Sohle von Hochthälern, Beatenberg an einem Bergabhange. Erstere Lage bedingt an und für sich kältere Wintertemperaturen, während letzterer milde Winter eigen sind, sobald nur der Ort über der stationären Nebelschicht liegt. Für Beatenberg ist speciell noch die den wärmern Luftströmungen völlig zugängige Lage in Berücksichtigung zu ziehen.

Wollen wir uns gestatten, aus obigen Daten eine Schlussfolgerung zu ziehen, so ist es die, dass in Davos und Andermatt der Winter, wenn wir dies der Kürze halber so ausdrücken dürfen, eine grössere Stabilität zeigt, dass Thauwetter in diesen beiden Hochthälern seltener ist als in Beatenberg.

Jedenfalls ist diese Voraussetzung mit der Erfahrung in Einklang zu bringen, wonach in Andermatt wie in Davos von Mitte November bis in den April hinein eine Schneedecke liegt, die selbst unter den Strahlen einer wärmenden Wintersonne nicht einmal an der Oberfläche schmilzt, eine Beobachtung, die für Manchen, der in Andermatt oder Davos im Winter ohne Ueberzieher im Freien spaziert, ihr Befremdendes hat, während sie sich leicht erklärt für Denjenigen, der die diathermane Luftbeschaffenheit in der Höhe kennt und daher sich ganz gut zu deuten weiss, dass in der Sonne der Thermometer auf 30° C. und darüber zeigen kann, während die Lufttemperatur unter Null steht.

Von Interesse dürfte es sein zu untersuchen, wie sich an den 3 Stationen die Differenz zwischen der Mittagstemperatur, gemessen um 1 Uhr, und den beiden anderen Tagesbeobachtungen gestaltet. Für 1 Uhr Mittags ergibt sich folgende durchschnittliche Temperatur:

Winter	Andermatt	Davos	Beatenberg
1877	+ 0,44	+ 1,20	+ 3,42
1878	— 0,85	+ 0,01	+ 2,42
1879	— 0,44	+ 0,87	+ 2,38
1880	+ 1,50	+ 3,34	+ 5,18
1881	+ 0,51	+ 2,79	+ 3,84
5jähriges Mittel 1876/1881 1 Uhr	+ 0,23	+ 1,64	+ 3,45

Fassen wir die fünfjährigen Durchschnittsziffern der Mittagstemperatur in's Auge, so sehen wir, dass zwischen Davos und Andermatt, welche beide Orte, wie wir eben gesehen haben, sich hinsichtlich der mittleren Wintertemperatur, d. h. hinsichtlich der Mittel, wie sie aus sämmtlichen 3 Tagesbeobachtungen resultiren, bis zu fast völliger Gleichheit verhalten, ein entschiedener Unterschied bezüglich der Mittagstemperatur sich kundgibt, insofern diejenige von Davos beinahe 1½° sich höher beziffert als die von Andermatt. Hieraus folgt, da die sämmtlichen 3 Tagesmessungen an den beiden Orten dieselben Durchschnittszahlen ergeben, dass Davos neben relativ höheren Mittagstemperaturen tiefere Morgen- und Abendtemperaturen haben muss. Mit andern Worten: die im Verlaufe des Tages erfolgenden Temperaturschwankungen sind in Andermatt geringer als in Davos.

Aehnliches wie von Andermatt gilt auch von Beatenberg. Auch hier sind die täglichen Schwankungen der Temperatur weniger beträchtlich als in Davos, d. h. die Mittagstemperatur ist relativ niedriger, die Morgen- und Abendtemperaturen sind entsprechend höher. Also auch hier grösseres Gleichmaass in der zeitlichen Temperaturvertheilung. Es stellt sich sogar, wenn wir die Zahlen genau in Untersuchung ziehen, das Verhältniss für Beatenberg um ein, freilich unbedeutendes Plus günstiger als in Andermatt.

Von Wichtigkeit für den Meteorologen ist es ferner zu erfahren, wie es an unsern 3 Beobachtungsstationen um die Maximal- und Minimaltemperatur steht, wie die Angaben der durchschnittlichen und der absoluten positiven und negativen Extreme lauten. Wir sind hierin zu Ergebnissen gelangt, die wir (unter Beifügung der betreffenden Monatsangaben mit römischen Ziffern) in folgender zusammenfassender Uebersicht wiedergeben:

Andermatt.

	Minimum	Maximum	Schwankung
1877	— 22,9 (III)	+ 14,5 (X)	37,4
1878	— 23,6 (III)	+ 17,7 (X)	41,3
1879	— 27,4 (XII)	+ 15,4 (X)	42,8
1880	— 25,7 (I)	+ 15,7 (X)	41,4
1881	— 24,7 (I)	+ 11,3 (X)	36,0
Mittel 1877/1881	— 24,9	+ 14,9	39,8

Davos.

	Minimum	Maximum	Schwankung
1877	— 21,7 (III)	+ 16,7 (X)	38,4
1878	— 26,3 (I)	+ 20,0 (X)	46,3
1879	— 26,3 (XII)	+ 18,4 (X)	44,7
1880	— 25,9 (I)	+ 19,2 (X)	45,1
1881	— 22,7 (I)	+ 14,7 (X)	37,4
Mittel 1877/81	— 24,6	+ 17,8	42,4

Beatenberg.

	Minimum	Maximum	Schwankung
1877	— 15,5 (III)	+ 14,3 (X)	29,8
1878	— 16,7 (I)	+ 16,8 (X)	33,5
1879	— 19,3 (XII)	+ 14,1 (III)	33,4
1880	— 15,1 (I)	+ 19,7 (X)	34,8
1881	— 15,5 (I)	+ 17,3 (III)	32,8
Mittel 1877/81	— 16,4	+ 16,4	32,8

Auch aus dieser Ziffer-Darstellung erhellt zunächst hinsichtlich der Minima eine grosse Uebereinstimmung zwischen Andermatt und Davos, an welch' beiden Orten die durchschnittliche Minimaltemperatur in gerader Zahl ausgedrückt auf 25° unter Null lautet. Der Unterschied beträgt blos $^3/_{10}$° zu Gunsten des letztgenannten Ortes, während Beatenberg mit — 16,4 durchschnittliche Minimaltemperatur von den beiden Hochthälern bedeutend differirt. Anders verhält es sich mit den durchschnittlichen Maxima der Temperatur. Hier gehen Andermatt und Davos um fast 3 Grad auseinander, währenddem Beatenberg sich so ziemlich in die Mitte zwischen beide stellt.

Was nun die absoluten Extreme betrifft, so lesen wir aus vorhin angeführter Tabelle folgende Angaben über absolutes Maximum und Minimum heraus:

Andermatt weist die absolut tiefste Temperatur auf mit — 27,4° im December 1879, dann folgt Davos, dessen Minimaltemperatur zweimal (im Januar 1878 und December 1879) auf — 26,3° sank. In Beatenberg zeigte der Thermometer nicht unter — 19,3°, welche Minimaltemperatur im December 1879 zur Beobachtung kam.

Eigenthümlich verhält es sich mit den positiven Extremen. Wir erwarten das höchste Maximum in Beatenberg, dessen milde Minimaltemperatur auf ein entsprechend hohes positives Extrem hinzuweisen scheint. Doch finden wir mit der absolut höchsten, diejenige von Beatenberg allerdings nur um ein Geringes überragenden Wintertemperatur Davos verzeichnet, dessen Temperatur im October 1878 auf 20° stieg, während Andermatt (zur nämlichen Zeit) blos 17,7° als höchstes Extrem aufweist, Beatenberg aber im October 1880 auf 19,7°, also nicht ganz so hoch wie Davos zu stehen kommt.

Auch hinsichtlich der Grösse der absoluten Schwankungen steht wiederum Davos obenan, während Beatenberg am besten sich stellt. Die Differenz zwischen dem höchsten Maximum und dem tiefsten Minimum im Zeitraume 1877/81 betrug nämlich, wie sich aus obigen Ziffern deduciren lässt:

In Davos	46,3°
in Andermatt	45,1°
in Beatenberg	39,0°

Es liegen die im Vorhergehenden hervorgehobenen geringen Temperaturschwankungen **Beatenbergs** zweifellos mit dessen topographischer Lage in Zusammenhang, indem Bergabhänge wie durchschnittlich milde Wintertemperaturen (was wir oben für Beatenberg gesehen), so auch überhaupt geringe Temperaturschwankungen aufweisen.

(Schluss folgt.)

Vereinsberichte.

Freie ärztliche Versammlung in Aarau

Samstag den 10. December 1887.

Die nach kleinern oder grössern Intervallen gewöhnlich in Olten stattfindende Versammlung umwohnender Collegen tagte dies Mal zur Besichtigung der neuen Krankenanstalt in der Residenz des Culturstaates. Trotz der stürmischen Witterung der letzten Tage fanden sich aus den Cantonen Luzern, Solothurn und Aargau gegen 20 Collegen ein. Ein Gang durch die verschiedenen Abtheilungen des Spitals bot des Interessanten viel, sowohl was Zweckmässigkeit der Einrichtungen als Reichhaltigkeit des Materials anbelangt.

Auf der chirurgischen Abtheilung hielt Director Dr. *Bircher* einen gerundeten Vortrag über **Coxitis** und ihre Behandlung mit Krankenvorstellung. Er betont dabei, dass man gewöhnlich bei der tuberculösen Hüftgelenkentzündung zu lange exspectativ und conservativ verfahre und so den richtigen Moment des therapeutischen Eingriffs verpasse. Nach der exspectativen Behandlung, Ruhe und Gewichtsextension, die in frischen Fällen von sehr guter Wirkung sein können, bespricht er des Weitern die operative Therapie und unterscheidet dabei eine conservative (Ignipunctur, Injection, Evidement, Resection) und eine radicale (Exarticulation). Bei allen Categorien werden einschlagende Fälle demonstrirt. Nach *P. Bruns* hat Injection von 3—5 Gramm einer alcohol. Jodoformlösung (Jodof. Glycerin und Alcoh. absol. $\overline{aa}$) ins erkrankte Gelenk oder in den Abscess injicirt antibacilläre Wirkung und liefert nach heftiger Reaction oft überraschende Resultate. Ueber Injectionen mit phosphorsaurem Kalk kann der Vortragende noch keine eigene Erfahrungen mittheilen. Zeigt sich bei der Resection, die möglichst früh unternommen werden muss, die Zerstörung des Femur zu ausgedehnt, um eine gute Function erwarten zu lassen, so nimmt *Bircher* die Exarticulation nicht unmittelbar, sondern erst nach 8 bis 14 Tagen vor, wenn Patient sich wieder etwas erholt hat. Dem einzeitigen Cirkelschnitt schickt er die Unterbindung der Art. fem. voraus.

Erwähnung verdient ferner ein Fall von **Zerreissung der Bicepssehne,** wo *Bircher* die abgerissene Sehne längere Zeit nach der Verletzung unterhalb des Schultergelenks an das straffe Bindegewebe annähte, wobei die Function wieder eine ganz gute wurde. *Monks* (vide „Centralbl. f. Chir." Nr. 49) räth neuerdings ebenfalls, von einer Wiedervereinigung der Sehne abzusehen, da sich durch Behandlung mit Bandagen etc. gute Brauchbarkeit des Armes wiederherstellen lässt.

Auf der Kinderabtheilung werden die verschiedenen Stadien des **Klumpfusses** und ihre Behandlung besprochen. *Bircher* zieht bei Kindern Schienenverband mit Fussbrett und äusserer Schiene (mit oder ohne Tenetomie) dem Gypsverbande vor.

Dr. *von Arx* zeigt das Präparat von einem **Blasenriss,** herstammend aus dem Cantonsspital in Olten, von einem Heizer, der zwischen Locomotive und Rampe in einem Spatium von 14 cm. eingeklemmt wurde. Das nach vollständigem Bruch aller 4 Aeste nach hinten dislocirte und nachher in normaler Lage zum Theil wieder festgekeilte Schoossbein

hatte die starkgefüllte Blase zwischen Sphincter und Prostata vollständig abgerissen und 5—6 cm. vom Blasenhals getrennt. Aeusserlich keine sichtbare Verletzung. Laparatomie. Starke extraperitoneale Blutung. Drainage. Verweilcatheter. Tod nach 34 Stunden. Diese Art Verletzung war nur bei prall gefüllter Blase möglich.

Den Schluss unserer Arbeit bildete die Besichtigung des Oeconomiegebäudes der Anstalt mit seinen trefflichen Heiz- und Waschvorrichtungen und der Küche.

Dr. *von Arx*, Olten.

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

Zweite Sitzung im Wintersemester 1887/88, Dienstag den 22. November 1887, Abends 8 Uhr, im Casino.[1])

Präsident: Dr. *E. Schaerer*. — Actuar: Dr. *Dumont*.

Anwesend 23 Mitglieder und 1 Gast.

1. Prof. Dr. *Flesch* hält einen Vortrag **„Ueber die Ursache der Hirnwindungen“**. Nach einem Hinweis auf die practische Bedeutung des Studiums der Hirnwindungen behandelt er in ausführlicher Kritik die existirenden Theorien über die Ursache ihrer Entstehung. Weder die Anordnung der Gefässe, noch die Einwirkung der umschliessenden Schädelkapsel, noch auch die Wachsthumsenergie der grauen Substanz für sich allein vermögen das typische Bild der Hirnfurchen ursächlich zu erklären. Bezüglich des Einflusses der Gefässe wird das Vorkommen normaler Windungsanordnungen bei hochgradigen Gefässanomalien angeführt; gegen die ursächliche Bedeutung der Umschliessung des Gehirnes von der Knochenkapsel spricht das Auftreten von Furchen am Gehirne notencephaler Missbildungen. *Zuckerkandl's* Beobachtung anomaler Furchen bei intrauteriner Compression des Kopfes in Folge Mangels des Fruchtwassers beweist nicht, was sie soll, weil (nach den Abbildungen) das betreffende Gehirn theilweisen Balken-Mangel zeigt. Die grössere Wachsthumsenergie der grauen gegenüber der weissen Substanz wird vermuthlich zu Oberflächen-Verschiebung oder zu bis in die Höhlen eindringenden Totalfurchen führen, die Regelmässigkeit und typische Anordnung der Furchen, die Verschiedenheiten bei verschiedenen Ordnungen finden dabei keine ausreichende Begründung. *Seitz's* Theorie, welche die Furchen als Nährschlitze auffasst, ist schliesslich nur ein anderer Ausdruck der alten Gefässtheorie: sie lässt unerklärt, warum relativ grosse Felder (Lobus pyriformis bern. Gyrus hippocampi) der Nährschlitze entbehren können. *Krause's* Annahme, dass die Furchenanordnung von der Gestaltung der embryonalen Gefässvertheilung und damit von dem Verschwinden einzelner Gefässmaschen im Laufe der Entwickelung beeinflusst sei, wird direct durch Thatsachen widerlegt: Die Entstehung der Parietooccipitalspalte auf der Convexität bei niederen Thieren (Ursus), ihr Wandern auf die mediale Fläche bei Primaten, bis sie schliesslich bei dem Menschen primär auf der medialen Fläche erscheint (nach Untersuchungen des Vortragenden, die in einer *A. Kölliker* gewidmeten Festschrift publicirt sind) ist auf dem von *Krause* verfolgten Weg nicht zu begründen. Zudem zeigen uns balkenlose Gehirne (*Onufrowicz*, u. a.), bei welchen — was bisher nicht betont worden ist — die primitiven radiären Furchen der medialen Hemisphären-Fläche erhalten geblieben sind, dass der longitudinale S. fornicatus in Folge des Balkenmangels nicht zur Ausbildung gekommen ist, dass also in der Bildung des Balkens die directe Ursache für die Entstehung des S. fornicatus gegeben ist.

Diese letzte Beobachtung kann den Ausgangspunkt für eine andere Theorie über die Ursache der Furchung geben. Es muss, wie dies schon *Heschl* versucht hat, der Ausbildung der Fasersysteme der weissen Substanz eine grössere Rolle zugewiesen werden, als es gewöhnlich geschieht. Einen directen Beweis bildet die Existenz longitudinaler Furchen — ausser den beiden Hauptfurchen — im weissen Mantel des Rückenmarkes bei Kindern; dieselbe zeigt sich in Gestalt einer cannelirten Contour des Rückenmarksquerschnittes, welche erst im Laufe des Wachsthums abzunehmen und zu verschwinden

---

[1]) Erhalten den 8. December 1887. Redact.

scheint; es hat zuerst *Hervoust* auf dieselbe aufmerksam gemacht. Der Vortragende hat dieselbe ausser bei Kindern auch bei Thieren gefunden. Das Schwinden derselben beim Erwachsenen scheint direct von der Ausbildung der Hirnbahnen (Pyramiden, *Goll*'sche Stränge, Kleinhirnseitenstränge) abzuhängen. Jedenfalls kann bei dem Rückenmarke mit seiner centralen grauen Substanz eine Theorie, welche der Oberflächenspannung der grauen Substanz die Hauptstelle zuweist, nicht Anwendung finden. Die Auffassung des Vortragenden, dass die Ausbildung typischer Furchen von der Entstehung der Associationssysteme, überhaupt der Fasersysteme der weissen Substanz abhinge, ist geeignet, die Ursache der typischen Verschiedenheiten bei verschiedenen Ordnungen zu erklären; es muss ja die Ausbildung dieser Systeme, je nach den verschiedenen Gewohnheiten, Verrichtungen und Apparaten der Thiere sich ändern und, da innerhalb der Ordnungen diese Apparate u. s. f. im Ganzen übereinstimmen, gleichartigen Furchen-Charakter bei einer Ordnung bedingen.

Vor Allem zwingt uns aber die Correlation in dem Auftreten bestimmter Anordnungen an weitentlegenen Hirnbezirken, den verbindenden Fasersystemen eine Rolle zuzuschreiben: es besteht eine, wie es scheint, constante Beziehung in der Weise, dass mit dem Auftreten der Parietooccipitalspalte sich die Centralspalte zu selbstständiger Bedeutung (Gehirn des Menschen, des Affen, des Pferdes, des Bären) gestaltet, während der S. cruciatus und gleichzeitig die obere Bogenfurche aufhören, ihre bei den einfachen Carnivoren-Gehirnen so charakteristische Gestalt zu zeigen. Dementsprechend kommt der Vortragende zu dem Schlusse, dass für die Anlage eines wesentlichen Theiles der typischen Kernfurchen die Ausbildung der Faser-Systeme ausschlaggebend sei; während die Entstehung secundärer Furchen durch das Nährbedürfniss, die Richtung der Furchen-Systeme durch die Beziehungen zur Schädelcapsel geleitet werde.

An der Discussion betheiligen sich die Herren *Dubois, Sahli, Conrad, Flesch.*

2. Dr. *R. Vogt* bringt einen Antrag zur **Anschaffung eines Krankentransportwagens** für die Gemeinde Bern. Er motivirt seinen Anzug durch die Thatsache, dass der hiesige Samariterverein, der hauptsächlich aus Arbeitern besteht, durch die vielen Krankentransporte so sehr in Anspruch genommen werde, dass er einfach allen Anforderungen, die an ihn gestellt würden, nicht mehr entsprechen könne. Auf der andern Seite hätten sich in andern Schweizerstädten (er erinnert z. B. an Zürich, Genf) diese Krankentransportwagen so gut bewährt, dass er die Anschaffung eines solchen für die Stadt Bern lebhaft wünschen müsse. Für heute möchte er nur beantragen, dass man aus der Vereinsmitte eine kleine Commission wähle, welche sich mit der Frage des Modelles des Wagens, der Kosten, etc. zu beschäftigen und baldmöglichst dem Vereine darüber Rechenschaft zu geben hätte. Der Verein als solcher würde dann später nach gefasstem Beschlusse vor den Gemeinderath treten.

Nachdem Dr. *Schaerer* verschiedene höchst interessante Mittheilungen über das **Rettungswesen** gemacht, wie er dasselbe an der letzten internationalen Wiener Ausstellung gesehen, und nachdem noch DDr. *Wyttenbach*, *Dubois, Ziegler, de Giacomi* und *Christener* das Wort ergriffen, wird in der Abstimmung der Antrag *Vogt* angenommen und die Commission für Anschaffung eines Krankentransportwagens bestellt aus den Herren DDr. *R. Vogt, Wyttenbach* und *Christener*.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

10. Wintersitzung den 12. März 1887.

Präsident: Dr. *H. v. Wyss*. — Actuar: Dr. *W. Schulthess*.

(Schluss.)

Dr. *Lüning* demonstrirt ferner:

3) **Abnehmbare Gypscorsets** nach *Sayre*. Die bekannten Nachtheile der langen Immobilisirung haben die ursprünglichen inamoviblen *Sayre*'schen Corsets nur ausnahmsweise für die Scoliosen-Therapie geeignet erscheinen lassen, während Leder-Cürasse für



die meisten Fälle zu theuer und schwer sind, die Filzjakets aber zu schnell ihre Form verlieren und im Sommer kaum erträglich sind.

Die nach den Angaben von *Sayre* von den Vortragenden angefertigten abnehmbaren Gypscorsets sind leicht (1—2 Pfund), dünn und porös, deshalb auch im Sommer nicht zu heiss, schmiegen sich den durch Extension oder anderweitig corrigirten Körperformen genauer an, als irgend ein anderer Apparat, können zum Turnen, Baden und Nachts abgelegt werden und sind viel billiger, haben auch ein eleganteres Aussehen und tragen fast gar nicht unter den Kleidern auf. Sie müssen selbstverständlich in Extension (eine vereinfachte und billige Vorrichtung dazu wird vorgezeigt) an- und ausgezogen werden. Die extendirende und corrigirende Wirkung dieser Corsets geht daraus hervor, dass sie die Körperlänge um 1—2 cm. vermehren, was sich leicht constatiren lässt. Die Haltbarkeit beläuft sich durchschnittlich auf 3 Monate, nach Ablauf welcher Zeit bei noch wachsenden Patienten ohnehin eine Erneuerung indicirt ist.

Vorweisung solcher, neuer und verschieden lang getragener Corsets für verschiedene Grade von Scoliose, (ausgeheilte) *Pott*'sche Kyphose, sowie einer aus demselben Material verfertigten Stützcravatte für leichtere Spondylitis cervicalis.

4) **Bruststärker von Largiadèr.** Vortragender hält denselben für ein gutes Zimmerturngeräth für den Gebrauch einzelner, namentlich kräftigerer Individuen, den Gummisträngen auch durch seine Haltbarkeit überlegen, aber nicht practisch für das Zusammenturnen Vieler in geschlossenem Raume. Für die meist muskelschwachen Scoliotischen eignet sich der Apparat weniger, da er belastet und die Gewichte wegen der sich ändernden Hebelverhältnisse nicht den gleichen continuirlichen Widerstand im Verlaufe einer bestimmten Bewegung darbieten, wie die aus gutem Gummi gefertigten Stränge, z. B. die *Zürcher*'schen, deren sich die Vortragenden in ihrer Anstalt mit Vorliebe bedienen.

In der Discussion äussert Prof. *Krönlein*, dass eine Stenose des äussern Gehörganges bei dem demonstrirten Patienten jetzt noch zu befürchten sei. Ein Präparat wie das vorliegende von Torticollis hat er nie gesehen und möchte sich angesichts desselben, besonders in Anbetracht der starken Verkürzung am ehesten der Ansicht von *Petersen* anschliessen. Auch Verkürzungen im Gebiete der Scaleni, welche nach Tenotomie kein vollständiges Redressement gestatten, sprechen für congenitalen Ursprung des Leidens. Allerdings fand Prof. *Kr.* in einer Zusammenstellung von 100 Torticollisfällen anamnestisch fast immer schweren Geburtsverlauf angegeben.

Dr. *v. Monakow* ist der Ansicht, es könnte unter Umständen auch bei Torticollis an eine Entbindungslähmung gedacht werden.

Prof. *Krönlein* hält eine Läsion des in sehr geschützter Lage verlaufenden Accessorius für unwahrscheinlich.

Dr. *W. Schulthess* hält in Bezug auf die Aetiologie des Torticollis, besonders durch das vorliegende Präparat veranlasst, eine angeborne Verkürzung des Muskels für das wahrscheinlichste.

Dr. *Lüning* möchte sich nur deshalb nicht definitiv für die *Petersen*'sche Ansicht aussprechen, weil doch noch einige gut beobachtete Fälle sich nicht damit vereinbaren lassen.

Dr. *Nüscheler* spricht sich sehr zu Gunsten des Largiadèr'schen Bruststärkers als Zimmerturngeräth aus, gibt aber auch zu, dass er für Abtheilungsturnen nicht zu brauchen sei.

Dr. *W. Schulthess* demonstrirt einige Verbesserungen am **Mess- und Zeichnungsapparat für Rückgratsverkrümmungen** (beschrieben im Centralblatt für orthopädische Chirurgie, 1887, Nr. 4).

Seit der letzten Demonstration in dieser Gesellschaft, im December 1885, wurde an dem Apparat eine Einrichtung angebracht, welche die Uebertragung der aufgenommenen Längsprofile auf die Zeichnungsfläche noch genauer geschehen lässt als früher. Eine ähnliche Einrichtung, aber in anderer Form, zeigt das Ausstellungsexemplar (W. Ausstellung der 59. Naturforscherversammlung, Catalog 342.)

Ferner gestattet jetzt der Apparat auch noch die Aufnahme von horizontalen Halbcontouren.

Einzelne mit dem Apparat angefertigte Originalzeichnungen werden demonstrirt und an der Zeichnungssammlung des Institutes, welche hier die Stelle der Krankengeschichten vertritt, gezeigt, wie man damit Fortschritt, Stillstand oder Rückbildung der Difformitäten verfolgen kann.

Derselbe spricht über das Verhalten der **physiologischen Krümmungen der Wirbelsäule bei Scoliose.**

Durch die oben besprochenen Aufnahmen der Patienten ist Vortragender in den Stand gesetzt worden, eine statistische Zusammenstellung der auf dieses Verhältniss bezüglichen Curven, d. h. der seitlichen Abweichung der Dornfortsatzlinie mit der Abweichung in sagittaler Richtung zu machen. Diese Zusammenstellung belegt zum Theil recht demonstrativ die in der Litteratur ganz zerstreut vorhandenen, hierhin zielenden Bemerkungen. Bei ganz schweren Scoliosen findet man eine sehr starke Dorsalkyphose, bei einer grössern Zahl weniger schwerer Abflachung, ja sogar Andeutung von Umkehrung der physiologischen Krümmungen, entsprechend den Experimenten *Hermann von Meyer*'s. Je schöner die Ausbildung der physiologischen Krümmung, desto mehr verschwindet im Allgemeinen auch in den Zusammenstellungen der Curven die seitliche Abweichung der Dornfortsatzlinie. Es ist schwer, die Veränderungen der Sagittalkrümmung für die einzelnen Fälle in primäre und secundäre zu trennen, d. h. zu entscheiden, ob die schlechte Ausbildung der physiologischen Krümmung die Ursache oder die Folge der Scoliose sei. (Eine ausführliche Mittheilung hierüber folgt in einem Fachblatte.)

Derselbe demonstrirt ein eben gewonnenes Präparat von **Necrose der Spitze des processus vermiformis durch Kothsteineinklemmung,** Tod durch diffuse Peritonitis.

Die Patientin, ein 15jähriges Mädchen, war acut unter Auftreten von heftigen Schmerzen im Leib und mit Erbrechen erkrankt. Aerztliche Hülfe wurde erst am 3. Tage in Anspruch genommen. Die erste Untersuchung constatirte eine auf die Ileocoecalgegend beschränkte, aber schon ziemlich ausgebreitete Peritonitis. Nachdem Patientin in einem unbewachten Augenblick während der nächsten Nacht vor übergrossem Durst aus der Eisblase getrunken, erfolgte vermehrtes Erbrechen und Collaps mit Auftreten gewaltiger Spannung des ganzen Leibes. Die nun bestehende diffuse Peritonitis führte in 2 Tagen zum Tode.

Prof. *Krönlein* hat die Patientin consultativ gesehen nach Auftreten der diffusen Peritonitis, abstrahirte aber von einer Laparatomie.

Die Section ergab ausser eitriger Peritonitis das im Titel angedeutete Präparat. Der Kothstein steckte im äussersten Ende des noch erhaltenen Rests des processus vermiformis, dessen Schicksale hier deshalb so gut verfolgt werden konnten, weil er der ganzen Länge nach am Coecum adhärent war. Ausserhalb der Einklemmungsstelle fand sich ringförmige Necrose des processus.

Das Präparat scheint dem Vortragenden eine Aufforderung mehr zu sein, bei Perityphlitis stets auch die operative Therapie im Auge zu behalten, wenn er sich auch die in Frage kommenden, heute noch unüberwindlich scheinenden diagnostischen Schwierigkeiten nicht verhehlt.

Discussion. Prof. *Krönlein* legt dem Zeichungsapparat insofern eine Bedeutung zu, als damit nicht nur die Therapie controlirt werden kann, sondern auch ein genaueres Studium der Deformitäten der Wirbelsäule möglich wird. Die Patientin, von der das Präparat stammt, hätte er trotz des desolaten Zustandes im Krankenhaus operirt, während ihm im Privathaus die Antisepsis eine zu unsichere scheint. Er glaubt, dass man in Zukunft sich viel eher entschliessen werde, derartige Fälle zu operiren als bisher, denn solche Präparate fordern geradezu zur Operation auf.



Referate und Kritiken.

Der Blutkreislauf der Ganglienzelle.

Von Prof. Dr. *A. Adamkiewicz.* Berlin 1886. Verlag von Aug. Hirschwald. S. 65.

Der Verfasser, der durch eine Reihe von Arbeiten im Gebiete der Nervenlehre sich vortheilhaft bekannt gemacht hat, gibt im Obigen eine Fortsetzung seiner Arbeiten über „die Vertheilung der Blutgefässe im menschlichen Rückenmarke". Er veröffentlicht darin seine Untersuchungen über die feineren Circulations- und Ernährungsverhältnisse der centralen Nervensubstanz und kommt zu ganz neuen, überraschenden und wichtigen Ergebnissen, die er auf vier dem Schriftchen beigedruckten, sorgfältig und sehr instructiv ausgeführten Tafeln veranschaulicht. Der Inhalt des Schriftchens, das auch der bewährten Verlagsbuchhandlung durch seine musterhafte Ausführung zur Ehre gereicht, lässt sich nicht in Kürze ausziehen. Jeder, der sich darum interessirt, muss vom Ganzen Einsicht nehmen. In wieweit die Ergebnisse der Arbeit als bleibendes Gut unserer Wissenschaft einverleibt werden können, muss bei der Neuheit und Wichtigkeit derselben anderweitigen, ebenso gewissenhaft angestellten Untersuchungen überlassen bleiben. *L. Wille.*

Die Morphiumsucht und ihre Behandlung.

Von Dr. *Albrecht Erlenmeyer.* Mit 22 Holzschnitten. 3. Auflage. Berlin-Leipzig-Neuwied, Heuser's Verlag. 1887.

Das ist ein Buch für die Spritzenmänner, welche stolz in dem Hochgefühl herumwandeln, dass ihre Seitentasche das Mittel birgt, mit welchem jedem eigenen und fremden Schmerz sofort gründlichst abzuhelfen ist. „Die Frage, ob es möglich sei, die Morphiumsucht zu verhüten oder doch wirksam einzuschränken, hat eine sehr grosse Berechtigung." „Ich gebe mich keiner trügerischen Hoffnung hin; ich bin der Ansicht, dass es nicht nur so bleiben wird, wie es jetzt ist, sondern dass es noch immer schlimmer werden wird." Es bleiben nur zwei Wege übrig. „Der eine ist die peinlichste Vorsicht in der Verabfolgung von Morphium durch die Aerzte, die dasselbe nur in wirklich dringenden Fällen anwenden, und die seine Anwendung, besonders in Form von subcutanen Einspritzungen, nie aus der Hand geben sollten; der andere ist der Weg öffentlicher Warnung und Belehrung von berufener Seite. Diejenigen Recepte des Arztes taugen am wenigsten, die am meisten Morphium verschreiben. Morphium ist fast niemals ein Heilmittel, fast immer nur ein symptomatisches, ein Betäubungsmittel; seine Verordnung bedeutet eben so häufig ein testimonium paupertatis der Diagnose." *Seitz.*

Handbuch der historisch-geographischen Pathologie.

Von Dr. *Aug. Hirsch*, Prof. der Medicin in Berlin. 3. Theil. Stuttgart. Verlag von Ferd. Enke. 1886. S. 557.

Die 3. Abtheilung des obigen Werkes behandelt die Organkrankheiten. Am Schlusse findet sich das Register über alle 3 Abtheilungen. Der specielle Inhalt umfasst: die Krankheiten der Athmungs- und Verdauungsorgane, der Milz, der Circulationsorgane, der Harn- und Geschlechtsorgane, des Nervensystems, der Haut und der Bewegungsorgane. Unter den Krankheiten des Nervensystems sind auch die psychopathischen Epidemien in Kürze berücksichtigt. Die grossen Vorzüge, die ich in den 2 ersten Theilen des Werkes fand und gebührend in eingehender Weise hervorhob, finden sich auch in dieser Abtheilung wieder. Ueberall macht sich das den Gegenstand, den er behandelt, geradezu erschöpfende Wissen des gelehrten Verfassers, die ruhige, sachliche, überlegene Kritik, eine elegante, stets anregende Darstellungsweise, also mit einem Worte die völlige Beherrschung des Materials in Inhalt und Form geltend. Es sind dies Eigenschaften, die bei der gegenwärtig oft bis zur Beschränktheit reichenden Einseitigkeit der Behandlung wissenschaftlicher Aufgaben, bei der den Charakter der Unwissenheit tragenden Vernachlässigung früherer Forschungen, wie sie sich unter dem Namen der exacten Forschung immer mehr breit machen, einen höchst wohlthuenden Einfluss ausüben. Es handelt sich bei den im vorliegenden Bande behandelten Krankheiten weniger um Vorkommnisse, die entweder nach Art gewaltiger Naturereignisse, wie die acuten Infectionskrankheiten, die Menschen und Völker überfallen und decimiren, oder nach Art der schleichenden Gift-

wirkung die Generationen heimlich und langsam zu Grunde richten. Es sind vielmehr locale Störungen, Krankheiten der einzelnen Organe, bei denen diese Arten des Auftretens nur mehr ausnahmsweise vorkommen. Immerhin fesseln sie unser Interesse und verdienen es in gleicher Weise als wie die in den frühern Bänden behandelten Krankheiten. Ich weise nur auf einzelne besonders interessante und practische Capitel hin, wie die über Keuchhusten, Croup, Diphtherie, Lungenentzündung, Lungenschwindsucht, Ruhr, sporadische Cholera, Meningitis cerebro-spinalis epidemica und Hitzschlag. Es sind dies Krankheiten, die ebenso sehr das Interesse des Practikers beanspruchen, als sie Gebiete vertreten, in denen die streitigen Tagesansichten zum vollsten und schärfsten Ausdruck gelangen müssen. Da beweist es nun einen hohen Grad von Geistesstärke, wenn der Verfasser, unentwegt dem Lärm des grossen Haufens gegenüber, die Fahne ruhiger, objectiver, auf völliger Durchdringung und Beherrschung des Stoffes beruhender Kritik aufrecht erhält, statt sich in dem modernen Hexenstrudel der sich überstürzenden Coccen- und Bacillenentdeckungen widerstandslos mit fortreissen zu lassen. Auf Einzelheiten einzugehen, würde bei der ungeheuren Masse des Stoffes zu weit führen. Wir Aerzte schulden Verfasser und Verleger grossen Dank, dass sie unsre Litteratur mit einem so bedeutenden und nützlichen Werke bereicherten und dasselbe auf der Höhe der Zeit erhalten. Wir Aerzte haben hinwiederum die Pflicht, durch fleissiges Studium desselben unsre Dankbarkeit zu bezeugen, woraus wir nur selbst den grössten Nutzen ziehen werden. *L. Wille.*

Handbuch der Massage.

Von Dr. *G. Hünerfauth.* Leipzig, bei F. C. W. Vogel. 1887.

Der Verfasser, ein warmer und eifriger Vorkämpfer für die Massagetherapie, aber, in Folge einer reichen, in seiner Stellung als Badearzt in Homburg gesammelten practischen Erfahrung auch mit einem nüchternen Urtheil ausgerüstet, und zugleich über eine bedeutende Litteraturkenntniss verfügend, gibt uns in dem 255 Seiten umfassenden Buche eine klar angeordnete und sehr vollständige Uebersicht über das, was mit dieser uralten, vielfach wieder vergessenen und erst in der neuesten Zeit wieder zur Geltung gekommenen Behandlungsmethode erreicht werden kann.

Nach einer historischen Einleitung werden die Lehrsätze der Physiologie besprochen, welche der Massage als wissenschaftliche Basis dienen. Bekanntlich waren es die *Mosengeil*'schen Versuche, welche zuerst der Massage eine wissenschaftliche Unterlage gaben und sie aus dem Zustand der blossen Empirie zur wohlbegründeten Methode erhoben.

Der Technik der Massage ist ein weiteres Capitel gewidmet. So eingehend aber auch die Technicismen geschildert und durch Holzschnitte erläutert werden, so müssen wir doch dem Verfasser beistimmen, wenn er selbst gesteht, dass das Massiren eigentlich nur durch Anschauung gelernt werden könne, und begrüssen daher seine Anregung, dass den Studirenden Gelegenheit geboten werden sollte, Massage practisch zu erlernen. Verfasser verlangt, dass die Behandlung stets durch den Arzt selbst stattfinde und nicht Berufsmasseuren, die er sammt und sonders als Curpfuscher bezeichnet, überlassen werde.

Im speciellen Theil werden die verschiedenen Gebiete behandelt, in denen die Massage ihre segensreiche Wirkung entfalten kann. Nach dem Verfasser gibt es kaum ein Hauptgebiet der Medicin, wo dieselbe nicht unter Umständen indicirt sein könnte. Innere Medicin, Chirurgie, Gynäcologie müssen die Massage in ihr Repertoir aufnehmen und auch bei Augen-, Ohren- und Hautkrankheiten kann sie zur Anwendung kommen. Von besonderem Interesse war uns der chirurgische Abschnitt, obwohl wir nicht überall mit dem Verfasser einverstanden sind und bei Fracturen z. B. uns vorläufig noch lieber an den bewährten Gypsverband halten möchten.

Die Indicationen für die Massagebehandlung werden genau präcisirt und auch die zur Unterstützung derselben nothwendigen Agentien: Heilgymnastik, Electricität und Bäder gebührend gewürdigt. Zahlreiche und sorgfältig geführte Krankengeschichten, meist aus des Verfassers eigener Praxis, illustriren die theoretischen Auseinandersetzungen.

Das Buch ist so compendiös und doch dabei so klar und übersichtlich, dass dessen Studium dem practischen Arzt, der sich über den Werth der Massagebehandlung ein Urtheil bilden will, bestens empfohlen werden kann. *Wiesmann.*

Die Thomsen'sche Krankheit (Myotonia congenita).

Studien von Prof. Dr. *Wilhelm Erb*. Mit 2 Tafeln. Leiprig, F. C. W. Vogel. 1886.

Der Verfasser gibt uns zuerst einen Ueberblick über die Geschichte der im Jahre 1876 von *Thomsen* beschriebenen Krankheit und ihre Nomenclatur, sowie einen Auszug aus sämmtlichen bis jetzt veröffentlichten Beobachtungen. Er stellt, von den ursprünglichen *Thomsen*'schen abgesehen, welche nicht näher beschrieben worden sind, 25 reine, typische Fälle zusammen, im Gegensatz zu 11 ähnlichen, jedoch mehr oder weniger zweifelhaften und einigen ganz andersartigen Krankheitsformen, wo das Hauptsymptom der *Thomsen*'schen Störung wohl nur eine Nebenerscheinung war. Dann schildert er drei Kranke, die er selbst beobachtet und genau untersucht hat.

Bei diesen Untersuchungen hat *Erb* nun gefunden, dass charakteristische Erscheinungen ausser der wohl bekannten myotonischen Störung der willkürlichen Bewegung bis jetzt entweder völlig übersehen oder nicht gehörig gewürdigt worden sind. Denn die Erregbarkeit der motorischen Nerven und der Muskeln war keineswegs, wie bis jetzt fast durchgängig angegeben worden, normal; sondern er wies eine ganz bestimmte, freilich für Nerv und Muskel verschiedene, ungewöhnliche Reactionsweise nach. Diese Contractionsform, für welche der Verfasser die Bezeichnung „myotonische Reaction“ vorschlägt, ist von der Entartungsreaction wie von der Reaction bei Tetanie und bei Pseudohypertrophie der Muskeln verschieden, welche Krankheiten überhaupt von der *Thomsen*'schen wohl zu unterscheiden sind, und ist der Letztern eigenthümlich, so dass diese dadurch leicht und sicher objectiv nachzuweisen ist.

Ferner erhielt *Erb*, entgegen den frühern negativen Untersuchungen, einen positiven anatomischen Befund: Die Muskelfasern sind, wie es die beiden Tafeln zeigen, beträchtlich hypertrophirt, ihre Kerne stark vermehrt und ihre feinere Structur verändert, während das Bindegewebe nur mässig vermehrt ist. Dieser Befund unterscheidet sich wieder wohl von den Erscheinungen bei der Pseudohypertrophie oder der degenerativen Atrophie der Muskeln. Damit scheidet die geschilderte Störung aus der Reihe der functionellen Krankheiten.

Doch trotz dieser Entdeckung und obschon er in diesen Veränderungen das Wesentliche und die Ursache für die myotonische Muskelstörung zu sehen geneigt ist, äussert sich *Erb* über das Wesen der Krankheit vorsichtig. Er weist bei der Beurtheilung der Meinungen über den myo- oder neuropathischen Ursprung des Leidens darauf hin, dass der ursprüngliche Sitz trotzdem wohl im Nervensystem beruhen könne, wenn auch eine Erkrankung in den Muskeln und bis jetzt nur in diesen, nicht auch in den — ihm überhaupt nicht zugänglichen Nerven nachgewiesen sei. Er ist sogar eher geneigt, hier eine Trophoneurose der Muskeln anzunehmen, doch behält er sein Urtheil bis auf genauere Kenntniss vor.

Nachdem der Verfasser noch der myotonischen Reaction mehr oder weniger ähnliche Erscheinungen aus der Muskelphysiologie verschiedener Thiere angeführt, und die Aetiologie, Prognose und Therapie berührt hat, über welche ihm seine Beobachtungen nichts Neues boten, schliesst er mit einer Gesammtskizze der Krankheit, wie sich dieselbe nun nach seinen Untersuchungen darstellt. *v. Speyr.*

Anleitung zur Wundbehandlung.

Von Dr. *M. Schächter* in Budapest. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1887.

Der Verfasser hat, wie er in der Vorrede sagt, nicht die Absicht, eine Lücke in der so reichen deutschen Litteratur über diesen Gegenstand auszufüllen, und müssen wir in der That gestehen, dass uns dieses Gefühl beherrscht hätte, auch ohne dass dies von dem Verfasser ausgesprochen worden wäre. Trotzdem können wir nicht leugnen, dass uns die Lectüre des 338 Seiten starken Bandes recht befriedigt hat. Der Grund dafür liegt namentlich in der Nüchternheit, mit der die sich noch vielfach widersprechenden Ansichten auf diesem Gebiete gewürdigt werden.

Was zunächst die stoffliche Anordnung anbetrifft, so geht der Verfasser aus von dem Wundheilungsprocess und seinen verschiedenen Modificationen, schildert dann die denselben störenden Einflüsse und die davon abhängigen, unter dem Namen der Wundkrankheiten bekannten Erscheinungen.

Die Microorganismenfrage unterliegt einer eingehenden, auf eine reiche Litteratur-

kenntniss gestützten Betrachtung. Ob Microben oder Ptomaine, oder beide zusammen die eigentliche Noxe der Wundkrankheiten seien, diese Frage wird an der Hand der Fachlitteratur sorgfältig studirt; doch kommt der Verfasser der Natur der Sache gemäss nicht für alle Wundkrankheiten zu einem endgültigen Abschluss. Daran schliesst sich die Besprechung der Aufgaben, welche der ärztlichen Kunst zufallen, um einen möglichst ungestörten Heilungsverlauf zu sichern, und die sich unter der Bezeichnung Asepsis und Antisepsis zusammenfassen lassen. Sehr klar und entschieden tritt der Verfasser dafür ein, dass es ein verhängnissvoller Irrthum ist, auf den Chemismus, auf die parasiticide Wirkung der angewendeten Mittel den Schwerpunkt der Wundbehandlung zu legen; mit Recht stellt Verfasser die minutiöseste Sorgfalt in der Ausführung, und die Beobachtung der scrupulösesten Reinlichkeit in den Vordergrund.

Diese nüchterne Auffassung tritt namentlich in dem dritten Theil der Arbeit zu Tage, in welchem das bald unübersehbare Heer der Antiseptica Revue passirt. Mit grossem Fleisse sind dieselben zusammengestellt und auf ihren Werth geprüft. Selbstverständlich werden die Coryphäen unter denselben, Carbol, Jodoform und Sublimat besonders ausführlich besprochen, während die zahlreichen Eintagsfliegen kürzer wegkommen. Mit Freuden unterschreiben wir den Satz des Autors am Schlusse dieser Zusammenstellung: „einen Auswuchs der antiseptischen Wundbehandlungsepoche bildet das fortwährende Jagen nach neuen Antisepticis."

Ein weiteres Capitel hat die Anwendung der modernen Wundbehandlungsmethoden auf die verschiedenen Körperregionen und die einzelnen Categorien von chirurgischen Operationen zum Gegenstande. Auch dieser Abschnitt ist mit grosser Sachkenntniss und Klarheit durchgeführt. Freilich konnten wir uns am Schlusse unserer Lectüre des Gedankens nicht erwehren, dass auch das sorgfältigste Studium eines solchen Werkes die eigene Anschauung, die methodische Schulung, wie sie nur im Spitaldienst erworben werden kann, nicht zu ersetzen vermag. Für denjenigen aber, dem eine solche Schulung nicht zu Theil geworden, oder der das Bedürfniss hat, das im Spitaldienst Gelernte theoretisch wieder aufzufrischen, mag das vorliegende Buch immerhin eine werthvolle Lectüre sein.

Zum Schlusse müssen wir noch gestehen, dass es uns immer unangenehm berührt, wenn der Autor mit der Orthographie der wissenschaftlichen Ausdrücke ein bischen auf dem Kriegsfuss steht; heisst es doch nicht Ex-udat, nicht Menynx, nicht Dispnoe u. s. w.

Wiesmann (Herisau).

Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie.

Von *v. Ziemssen.* 3. Auflage. Fünfter Band. Krankheiten der Lunge. 1., 2. und 3. Theil. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1887.

Klinische Vorträge.

Von *v. Ziemssen.* Fünfter Vortrag. III. 2. Die Behandlung des Abdominaltyphus. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1887.

Der Zufall, der beide Werke als Recensionsexemplare gleichzeitig mir in die Hand spielte, hat mir ein grosses Vergnügen bereitet und ich zweifle nicht daran, dass jeder Leser, der gelegentlich in ähnlicher Weise die Arbeiten mit einander durchgeht, nicht minderen Genuss haben wird. Sie geben ein recht interessantes Zeitbild aus der modernen Medicin.

Bewegt sich die von *Hertz* geschriebene Abtheilung auf Gebieten, wo das Meiste ziemlich sichern Boden hat oder zu haben scheint — Anæmie, Hyperæmie, Oedem, Hæmorrhagie, Embolie, Atelectase, Atrophie, Hypertrophie, Emphysem, Gangrän, Neubildungen der Lunge, Neubildungen im Mediastinum, thierische und pflanzliche Parasiten der Lunge — so ist *Jürgensen* der Theil der Lungenkrankheiten zugefallen, der noch in lebhaftester Gährung sich befindet; *Rühle* wird die Aufgabe gestellt, einen der grössten Fortschritte in der medicinischen Wissenschaft aller Zeiten ins rechte Licht zu stellen; und *Ziemssen*'s Vortrag hat zum Gegenstand die Behandlung einer der wichtigsten Krankheiten, bei der die Medicin entschiedene Erfolge aufweist.

Die Pneumonie ist mit ausserordentlicher Zähigkeit stets als Erkältungskrankheit angesehen worden. *Jürgensen* hat nicht zum wenigsten dazu beigetragen, dass sie jetzt als eine Pilzkrankheit anerkannt ist und, und er stellt hier reichlich die zwingenden Gründe zusammen, welche die Auffassung stützen: die fibrinöse Pneumonie ist eine Infections-

krankheit; verschiedene Arten von Spaltpilzen sind ihre Ursache; der specifische Parasit kommt meist zuerst direct in die Lungen und kann von da aus den ganzen Körper besiedeln; in selteneren Fällen gelangte der Entzündungserreger von vornherein ins Blut und von da aus erst in die Lungen und in die andern Organe. Die Aufgabe der Behandlung heisst Erhaltung der Kräfte im Allgemeinen, Abwehr der Herzschwäche im Besonderen.

Je klarer die typische fibrinöse Pneumonie durchschaut ist, um so leichter und entschiedener werden die oft doch etwas schwer abgrenzbaren andern Formen der Lungenentzündung, Catarrhalpneumonie, Hypostase und interstitielle Pneumonie, sich bestimmen lassen. Das um so mehr, da jetzt durch die Erkennung des Tuberkelbacillus auch von der andern Seite her diese Gruppen ihre Marken gefunden haben.

Rühle hat die Lungenveränderungen durch den Tuberkelbacillus zu beschreiben und er thut dies in einer des hochwichtigen und hochinteressanten Gegenstandes würdigen Weise. Voll und ganz *Koch*'s Lehre vertretend, zeigt er sich auf jeder Seite als der Kliniker, der mitten im Leben stehende Beobachter, der zum Lindern und Heilen berufene Arzt, bescheiden durch die Erfahrung und eben so sehr durch die berechtigte Hoffnung sich haltend. Ich denke Allen den besten Gefallen zu erweisen, wenn ich sie auf das genussreiche Buch selber verweise.

Ist bei der Phthisis so zu sagen immer und allenthalben in jahrelangem Kampfe der eine Grundton in der Behandlung: Kräftehebung, Gewichtsvermehrung, Abhärtung, so hat beim Typhus vielmehr für kurze Zeit eine allseitige Schlauheit Platz zu greifen. *Ziemssen*'s Aufsatz gibt das in schönster Weise wieder. Da kommt gleich im Anfang schon eine der pikantesten modernen Fragen: wie den Bacterien beikommen? und dann die: sind wir eigentlich nicht dieselben Thoren — pardon, es sind nicht die Worte im Texte — wie die alten Aderlass-Würger? Diese bildeten sich ein, mit Abzapfen des Blutes alles Uebel auszutreiben. Wie lachen wir jetzt über diese saignées coup sur coup! Wenn aber einmal ein späteres Geschlecht über uns reden würde: die Tröpfe haben nicht einmal gemerkt, was schon die Alten wussten, dass das Fieber das beste natürliche Heilmittel ist; gerade der Verbrenner der vom 19. Jahrhundert heraus microscopirten Alles verschuldenden Microben!

Ins Wasser mit den Typhuspatienten, warm, kühl, ganz kalt oder nicht? Jedenfalls nicht mehr Digitalis und Veratrin. Wie den nähren, der nichts mag und nichts verdaut? Stopfung unstillbarer Diarrhoe und unangreifbarer Blutung! u. s. w.

Auf den vierzig Seiten ist Alles einfach, klar und schön erwogen und beurtheilt, wie es nur reiche und denkende Erfahrung zu thun vermag. *Seitz.*

Cantonale Correspondenzen.

Acten der schweizerischen Aerztecommission.

Die schweizerische Aerztecommission an den leitenden Ausschuss für Eidg. Befähigungsausweise.

St. Gallen, den 29. December 1887.

Herr Präsident! Herren Collegen!

Vor zwei Monaten hatten wir dem Eidg. Departement des Innern ein Gutachten abzugeben über einen Freizügigkeitsvertrag zwischen den Aerzten Englands und der Schweiz. Bei den Acten lag eine neue Medical Act des englischen Parlamentes. Wir erklärten dem h. Bundesrathe einstimmig, dass wir dafür halten, es sei auf diesen Vertrag nicht einzugehen, und das aus folgenden Gründen:

1) Von dieser Freizügigkeit werden voraussichtlich nur Engländer, ganz ausnahmsweise aber Schweizer Gebrauch machen können.

2) „Ein englischer Arzt" ist eine sehr variable Grösse. Persönliche Erfahrungen und Erkundigungen haben uns gezeigt, dass das drastische Wort von *Billroth* („Lehren und Lernen der medicinischen Wissenschaften" pag. 498) buchstäblich wahr ist, welches sagt: „Die Differenzen der militärischen Bildung zwischen einem General und einem Unterofficier sind nicht grösser, als die wissenschaftlichen Bildungsgrade zwischen den verschiedenen Arten von graduirten Aerzten Grossbritanniens."

3) Wir Schweizer geben mit dem Eidg. Befähigungsausweise etwas Reelles, em-



pfangen aber mit der blossen staatlichen Praxisberechtigung für England etwas nur Scheinbares, da in England bekanntlich nicht das staatliche Patent, sondern die Mitgliedschaft bei den alten Zünften oder Collegien: Royal College of Physicians, Roy. Coll. of Surgeons und so weiter wenigstens 23 Mal! beim Publicum den Ausschlag geben. Ohne dieses R. C. S. oder R. C. P. u. s. w., ohne die Membership oder Fellowship bei einer der 23 anerkannten Zünfte ist der fremde Arzt, trotz seiner staatlichen Licenz thatsächlich „ein Wilder“ vor seinen Collegen und vor dem, in solchen Rang- und Titelfragen sehr empfindlichen englischen Publicum.

Wir erklärten deshalb diesen Vertrag als einen leoninischen, bei welchem die Schweizer nichts zu gewinnen und nur zu verlieren haben.

Es bestehen jetzt schon Uebelstände gegenüber fremden Aerzten, deren Heimathländer uns ganz und gar kein Gegenrecht halten, und wir möchten es nicht verantworten, diese Uebelstände, welche aus Gründen der Cantonalpolitik und durch die Macht einzelner Hôteliers aufgekommen sind, auch noch sanctioniren und befestigen zu helfen. Wir glauben vielmehr, dass die vornehme Leichtfertigkeit, mit welcher ärztliche Fragen von einzelnen Wortführern abgethan werden, auch ein Ende nehmen könnte, und dass ehrliche Gegenrechtsverhältnisse auch für unsern Beruf einmal möglich sein sollten; unterdessen hält es die schweizerische Aerztecommission für ihre Pflicht, auf die bisherige Rechtlosigkeit und Schutzlosigkeit der im Auslande lebenden Schweizerärzte aufmerksam zu machen und sich dagegen möglichst zu wehren.

Es liegt uns daran, in dieser, zunächst dem Ausschuss für Eidg. Befähigungsausweise zustehenden Frage mit Ihnen in Uebereinstimmung zu sein und deshalb beehren wir uns, Ihnen über unsere Ansicht Rechenschaft zu geben, und ersuchen wir Sie, bei allfälligen Meinungsverschiedenheiten uns die Gelegenheit zu collegialischer Vereinbarung zu gewähren.

In hochachtungsvoller Ergebenheit Im Namen der schweiz. Aerztecommission

Der Präses: Dr. *Sonderegger.*

Der Schriftführer: Dr. *de Cérenville.*

Basel. Zwei Fälle von Gastroenteritis nach Genuss eines Schinkens. Unter obigem Titel hat Herr Dr. *Tavel* in Nr. 14, 1887, dieser Zeitschrift eine Arbeit veröffentlicht, worin er zwei im Frühjahr 1886 nach Genuss von rohem Schinken in Basel vorgekommene schwere Krankheitsfälle, von welchen der eine sogar letal endete, auf Milzbrand zurückführt.

Meine Stellung als oberster Fleischschaubeamter der Stadt Basel macht es mir zur Pflicht, meine diesbezüglichen Anschauungen öffentlich kund zu geben. Da nun *Tavel* seine Untersuchung rein bacteriologisch durchgeführt hat, auf welchem Gebiete ich mich zur Abwehr nicht stark genug fühlte, musste ich das Urtheil von anerkannten Bacteriologen abwarten, bevor ich die Vertheidigung meiner Position übernehmen konnte. Daher die verspätete Abwehr!

In Nr. 10, II. Band, des „Centralbl. für Bacteriologie etc.“ hat nun *C. Fraenkel* in Berlin eine kurze Kritik der fraglichen *Tavel*'schen Arbeit gebracht, worin die Thierversuche *Tavel*'s als „wenig geeignet“ zur Sicherung der Diagnose Milzbrand bezeichnet werden, und in Nr. 11, 1887, u. ff. der „Zeitschrift für Fleischbeschau“ etc. hat Dr. *Schmidt-Mülheim*, der wohl in Sachen als Autorität gelten darf, die gleiche Arbeit eingehend besprochen; es wird daher vom bacteriologischen Standpunkte aus genügen, wenn ich einen Auszug der hauptsächlichsten Argumente dieser letztern Arbeit hier anführe.

„....Da der Verfasser ohne jede Reserve erklärt, es handle sich im vorliegenden Falle um Milzbrand, so haben wir uns bei der Tragweite dieser Behauptung für verpflichtet gehalten, alle Facta, welche sich auf die Fleischvergiftung beziehen, mit thunlichster Vollständigkeit zu sammeln, um kritisch zu prüfen, ob die Schlussfolgerung des Herrn *Tavel* durch die vorliegenden Thatsachen gerechtfertigt scheint oder ob nicht eine andere Deutung des bedauerlichen Vorkommnisses weit näher liegt.

Am 27. December 1885 brachte der Handelsmann A. W. einen grössern Transport österreichischer Mastschweine über Wien nach Basel. Die Eisenbahnreise währte vier Tage. Sämmtliche Schweine waren an der Schweizergrenze untersucht und gesund befunden, auch lagen über ihre Abstammung aus einer seuchenfreien Gegend vorschriftsmässige Gesundheitsatteste vor. Die Thiere wurden direct auf den Basler Schlachtvieh-

markt gebracht, der erst vor Jahresfrist in Betrieb gesetzt war und auf dem sich niemals ein Fall von Milzbrand ereignet hatte. Hier wurden sie im Laufe der nächsten vier Tage abgeschlachtet, ohne dass auch nur eins der Thiere, die sämmtlich sowohl im lebenden als im geschlachteten Zustande einer thierärztlichen Untersuchung unterworfen wurden, die geringsten Erscheinungen des Milzbrandes gezeigt hätte.

Herr Schlachthaus-Director *Siegmund* wählte auf Wunsch seines Bruders, der dem Verwaltungsrathe der gemeinnützigen Basler Speiseanstalt angehört, aus einem Trupp von 45 Stück zwei völlig gesund erscheinende Schweine aus, die dann am 28. December auf Rechnung der Speiseanstalt geschlachtet wurden. Der Schlachthaus-Director hat speciell auch diese Schweine am Tage der Schlachtung sowohl im lebenden als im todten Zustande untersucht und vollkommen frei von krankhaften Erscheinungen gefunden.

Blut, Leber, Milz etc. dieser Thiere wurden alsbald zu Blut- und Leberwürsten verarbeitet, welche, wie auch das leicht abgesottene Kurzfleisch, frisch in der Speiseanstalt verzehrt wurden und vorzüglich mundeten. Das übrige Fleisch wurde sofort gesalzen. Hinsichtlich der Behandlungsweise der Schinken konnte ermittelt werden, dass selbige ca. 15 Tage im Pökel und dann 10 Tage im Rauch verweilten.

Am 29. Januar 1886 kaufte der bereits genannte Bruder des Herrn *Siegmund* die Schinken des kleineren Schweines, welche je 4 kg. wogen und verschenkte sie an die ihm befreundeten Familien der Herren A. und B. Der erstere Schinken wurde innerhalb 3 Wochen von den Familiengliedern theils roh, theils gekocht verspeist und schmeckte vortrefflich. Den andern Schinken, der Anfangs Februar von Herrn und Frau B., sowie einigen Gästen fast zur Hälfte verzehrt wurde, fand Herr B. zu leicht geräuchert, weshalb er ihn in den Küchenkamin brachte und ihn dort einige Wochen lang der wechselnden und für die Conservirung von Fleisch durchaus ungeeigneten Temperatur des Küchenfeuers aussetzte.

Während nun der Genuss des ganzen Fleisches der beiden Schweine bisher auch nicht die geringsten Nachtheile für die Consumenten im Gefolge hatte, veranlasste der in vorstehender Weise hygieinisch misshandelte Rest des Schinkens die auf pag. 418, J. 1887, geschilderten Erkrankungen und den Tod der Frau B.

Der Rest des eingetrockneten, doch weder verfärbten noch übelriechenden Schinkens wurde Herrn Prof. *Nencki* zur Untersuchung zugeschickt, der, wie gemeldet, aus 250 gr. kein Ptomaïn zu isoliren vermochte und daraus folgert, dass die Vergiftungen unmöglich von einem löslichen Gifte herrühren können. Diesem Schlusse würde man eine gewisse Berechtigung nicht absprechen können, wenn wir sicher wüssten, dass bei den Zersetzungen des Fleisches, die zur Bildung von Giften führen, stets die ganze Fleischmasse gleichmässig ergriffen und von den Ptomaïnen durchsetzt wird. Aber gerade das Gegentheil ist bekannt und es ist vielfach beobachtet worden, dass weit weniger voluminöse Fleischmassen als Schinken, z. B. Würste, sich nur an bestimmten Stellen giftig erwiesen, während andere Stellen derselben Würste ohne jede Schädigung der menschlichen Gesundheit genossen werden konnten. Ueberträgt man diese Erfahrung auf den vorliegenden Fall, so handelte es sich in diesem um die untere Hälfte eines Schinkens d. h. um eine Fleischmasse, die zum grössten Theil durch Schwarte und Fett vor dem Eindringen von Bacterien geschützt war und die während ihres anhaltenden Verweilens in der wechselnden Temperatur und Atmosphäre eines Küchenkamins doch nur an der Schnittfläche günstige Bedingungen für eine Invasion von Bacterien bieten konnte. Dass aber an dieser Stelle und deren Nachbarschaft das Fleisch in der That einen nicht ungewöhnlichen Grad von Verderbniss, die schon nach Aussen erkennbar war, besessen haben muss, lässt sich ohne Weiteres daraus folgern, dass die Dienstboten den Genuss desselben verschmähten. Herr *Nencki* hat nur Fleisch aus den tiefern Schichten des Schinkens untersucht, das sehr wohl einen normalen Zustand zeigen konnte; sein Befund gestattet deshalb auch nicht den geringsten Schluss auf die Beschaffenheit desjenigen Fleisches, welches die Katastrophe herbeigeführt hat.

Die Untersuchungen des Herrn *Tavel* sind bei den ausserordentlichen Schwierigkeiten, mit denen die bacteriologische und experimentell-pathologische Diagnose des Milzbrandes unter Umständen zu kämpfen hat, viel zu mager und in ihren Ergebnissen zu trübe, als dass sie die Diagnose auf Milzbrand genügend rechtfertigen könnten.

Zugegeben muss werden, dass es Herrn *Tavel* geglückt ist, eine ganze Anzahl von

Todesfällen an seinen Versuchsthieren zu beobachten; von 18 Thieren starben 10. Von diesen 10 Thieren hat indessen nach des Experimentators eigenen Angaben die Hälfte notorisch nicht an Milzbrand gelitten. Wenig vertrauenerweckend ist sodann die Thatsache, dass die fünf Versuchsthiere, welche überhaupt an Milzbrand gelitten haben sollen, zu sehr verschiedenen Zeiten — 3, 4, 12, 14 und 32 Tage — nach der Einverleibung des Impfmaterials verendeten und dass diese Zeiten sehr verschieden sind von den Fristen, die bei der Verimpfung abgeschwächten Milzbrandgiftes bis zum Eintritt des Todes gewöhnlich verstreichen, und welche nach den sehr zahlreichen und sorgfältigen Untersuchungen von *Robert Koch*, *Gaffky* und *Löffler* höchstens 6 Tage betragen. Auch der microscopische Befund bei den verendeten Thieren zeigt keine genaue Uebereinstimmung (vergl. l. c.). Ganz besonders aber müssen wir betonen, dass Herr *Tavel* einfach bemerkt, Bacillen bei den fünf genannten Thieren angetroffen zu haben, er beschreibt diese weder hinreichend genau, noch bringt er durch einwandsfreie Kultur- und Impfversuche mit Material seiner verendeten Versuchsthiere den Nachweis, dass die bei der Obduction gefundenen Bacillen mit den in den Culturen enthaltenen identisch sind, d. h. dass zwischen dem Tod der Mäuse und der Impfung ein ursächlicher Zusammenhang besteht. Bei dieser Sachlage kann man selbst die Möglichkeit nicht als ausgeschlossen betrachten, dass nicht nur fünf, sondern alle zehn Versuchsthiere an nicht näher festgestellten Todesursachen verendeten und dass die Anwesenheit von Bacillen im Blute von fünf Thieren einen rein zufälligen Befund bildet.

Vernimmt man aus *Tavel*'s eigenem Munde: „Der Sectionsbefund war auch nicht immer der bei virulentem Milzbrande gewöhnliche. Die Milz war nicht immer so stark vergrössert, wie man es bei virulentem Milzbrand sieht, die Fäden hie und da im Milzsaft etwas spärlich und im Lungensaft reichlicher, während das Verhältniss gewöhnlich ein umgekehrtes ist etc.", so muss man staunen über die Sicherheit, mit der Herr *Tavel* die Diagnose auf Milzbrand stellt.

Und doch war hier ganz besondere Vorsicht am Platze, denn einmal lehrt die Geschichte an zahllosen Beispielen, dass gerade beim Milzbrande die Bacteriologie vielfach auf Wege gerathen ist, die zu den schwersten Irrthümern geführt haben und dann auch sprechen im vorliegenden Falle alle Thatsachen dafür, dass das Schwein, von dem der verhängnissvolle Schinken stammte, nimmermehr an Milzbrand gelitten haben kann."

Schmidt verweist u. a. hier auf die *Buchner*'schen Umzüchtungsversuche, die Fleischvergiftung in Lauterbach, die *Boström* für Milzbrand erklärte, *Johne* aber diese Auffassung als irrthümlich widerlegte, ferner auf *Bordoni*'s neueste Mittheilung über einen für Menschen und Thiere pathogenen, dem Milzbrandbacillus in Form und Wirkung ähnlichen Microorganismus.

„Alle diese Thatsachen beweisen, dass es eine grosse Anzahl von Bacillen gibt, welche den Milzbrandbacillen in der Form ganz ausserordentlich gleichen und auch dem Milzbrand ähnliche Krankheitsprocesse erzeugen."

Sch. gibt zu, dass Milzbrand beim Schweine vorkommt, doch ist das sehr selten und wie es scheint nur dann, wenn Schweine Blut oder Organe milzbrandiger Thiere (Rinder) verzehrt haben. Das betreffende Schwein aber stammte aus einer seuchenfreien Gegend, während des Eisenbahntransportes ist eine Infection kaum jemals gegeben und auf dem neu eingerichteten Basler Viehhof war noch kein Milzbrandfall vorgekommen, und überdies muss betont werden, dass sich bei der mit der erforderlichen Sorgfalt ausgeführten Fleischbeschau weder zu Lebzeiten des betreffenden Thieres noch nach dessen Tode irgendwelche krankhafte Erscheinungen gezeigt hatten.

„Wir sahen im Vorstehenden die Behauptung des Herrn *Tavel* weder durch die chemischen, noch durch die bacteriologischen Befunde, noch durch die Erfahrungen der Thiermedicin irgend gestützt und betonen, dass die *Tavel*'sche Annahme auch nicht durch das Ergebniss einer pathologisch-anatomischen Untersuchung oder durch einen wohl charakterisirten klinischen Befund irgend welche Begründung erfährt.

Unter solchen Verhältnissen von Milzbrand zu sprechen, müssen wir in Anbetracht der Tragweite eines solchen Ausspruches für die mit der Beaufsichtigung des Viehmarktes und die Ausübung des Schlachthausdienstes beauftragten Sanitätsbeamten mindestens für leichtfertig erklären.

Fragen wir uns, wie denn das Basler Vorkommniss am ungezwungensten zu deuten ist, so lautet unsere Antwort darauf: Die Basler Fleischvergiftung zählt zu jenen Ptomainvergiftungen, wie sie so häufig nach dem Genusse mangelhaft behandelter Fleischconserven beobachtet werden.

Dieser Auffassung steht das ganze Krankheitsbild, welches die Patienten zeigten, nicht entgegen,[1]) sie wird aber vor allen Dingen gestützt durch die Thatsache, dass das gesammte übrige Fleisch des Schweines, von welchem der verhängnissvolle Schinken stammte, in keinerlei Weise die menschliche Gesundheit schädigte und dass auch der betreffende Schinken sich so lange völlig unschädlich zeigte, bis er durch die hygieinische Misshandlung im Küchenkamine des B. seinen gesundheitsgefährlichen Charakter annahm."

So *Schmidt-Mülheim*. Ich selbst, seit 17 Jahren mit der Fleischchau im Basler Schlachthause betraut, wo alljährlich mehrere Tausend Rinder und Kleinviehstücke, lebend und todt von mir untersucht werden, darf mir gewiss ein maassgebendes Urtheil in Sachen Vieh- und Fleischschau erlauben. Speciell Milzbrand habe ich während meiner amtlichen Thätigkeit schon zu verschiedenen Malen bei Rindern und Kälbern constatirt in Fällen, wo andere Thierärzte dessen Vorhandensein nicht anerkennen wollten. Das hier in Frage kommende Schwein habe ich aber (wie ich durch Zeugen beweisen kann) persönlich lebend und todt untersucht, ohne die mindeste patholog. Veränderung daran zu finden; es war mir daher schon im ersten Augenblicke, als ich vom *Tavel*'schen Befunde Kenntniss erhalten hatte, klar, dass derselbe nur auf Irrthum beruhen könne.

Ein vollkommen entwickelter Milzbrand, und nur um einen solchen könnte es sich im vorliegenden Falle handeln, der keine macroscopisch erkennbaren pathologischen Veränderungen der Gewebe hervorruft, ist undenkbar und auch noch niemals, weder beim Menschen noch beim Thiere, constatirt worden. Es wäre zwar, gerade beim Schweine, sehr leicht möglich, dass nicht voll entwickelte Milzbranderscheinungen mit andern pathologischen Veränderungen, wie z. B. mit der Schweineseuche oder auch der durch Misshandlung auf der Reise entstandenen sog. Ueberhitzung verwechselt würden. In unserm Falle ist aber auch eine solche Verwechslung absolut ausgeschlossen, denn die oben genannten krankhaften Zustände des Schweines, wie überhaupt alle, die allenfalls mit Milzbrand verwechselt werden könnten, zeigen ausnahmslos Hyperæmie theils der Schwarte, theils des Unterhautbindegewebes resp. des Speckes, theils innerer Eingeweide, wie der Leber, der Nieren und selbst der Milz. Solche Fälle kommen in der Basler Schlachtanstalt alljährlich zu Hunderten vor, geben sehr oft Anlass zur microscopischen Blutuntersuchung und führen jeweilen mindestens zur amtlichen Confiscation sämmtlicher Eingeweide der betreffenden Thiere. In vorliegendem Falle konnte aber von all' Diesem keine Rede sein, weshalb ich auch das ganze Schwein mit sämmtlichen Eingeweiden anstandslos dem Consum übergab und zwar dem Consum durch eine Speiseanstalt, deren Verwaltungsmitglied, mein eigener Bruder, mich um sorgfältige Auswahl durchaus schöner und gesunder Schweine gebeten hatte. (Ich hatte die Auswahl unter 45 Schweinen, die zwei Tage lang meiner Beobachtung unterstanden.)

Wer daher irgend einen richtigen Begriff von practisch-wissenschaftlicher Fleischschau hat und eine natürliche Schlussfolgerung ziehen will, bedarf wohl keines Brütofens, um in dieser Sache das Richtige und Wahre zu finden.

Sollte dagegen die Richtigkeit des *Tavel*'schen Befundes angenommen werden, d. h. wollte man annehmen, es könne eine so gefährliche Thierkrankheit, wie infectiöser Milzbrand, selbst durch einen auf der Höhe seines Berufes stehenden Fleischschauer, unter Umständen nicht erkannt werden, dann könnten die Sanitätsbehörden die für Fleischschau auszugebenden Summen für Nützlicheres sparen und dürften sich die Metzger die arge Belästigung durch die amtliche Fleischuntersuchung verbeten, denn dann wäre die Einrichtung der Fleischschau zwecklos.

Dass dem nicht so ist, weiss jeder Gebildete, wer aber daran zweifeln sollte, den kann ich durch das Confiscationsbuch der Basler Schlachtanstalt belehren.

Basel. *Siegmund.*

---

[1]) Es ist Angesichts der Wichtigkeit dieses Falles höchst bedauerlich, dass die Autopsie der Frau B. verweigert wurde, obschon die Aerzte mit der Diagnose nicht im Klaren waren und Herr B. noch nicht genesen war. *Siegmund.*



Wochenbericht.

Schweiz.

Universitäten. Frequenz der **medicinischen** Facultäten im Wintersemester 1887/88.

	Aus dem Canton M.	W.	Aus andern Cantonen M.	W.	Ausländer M.	W.	Summa M.	W.	Total
Basel Winter 1887/88	**29**	—	**85**	—	8	—	**122**	—	**122**
Sommer 1887	33	—	72	—	8	—	113	—	113
Winter 1886/87	26	—	95	—	10	—	131	—	131
Sommer 1886	25	—	84	—	12	—	121	—	121
Bern Winter 1887/88	**58**	—	**94**	**1**	**32**	**48**	**184**	**49**	**233** [1])
Sommer 1887	57	—	97	1	26	31	176	32	212
Winter 1886/87	55	—	100	1	30	41	185	42	227
Sommer 1886	53	—	80	1	40	29	173	30	203
Genf Winter 1887/88	**20**	—	**66**	—	**35**	**8**	**121**	**8**	**129** [2])
Sommer 1887	22	—	53	—	35	5	110	5	115
Winter 1886/87	23	—	47	—	32	5	102	5	107
Sommer 1886	26	—	54	—	32	7	112	7	119
Lausanne Winter 1887/88	**13**	—	**5**	**1**	—	—	**18**	**1**	**19** [3])
Sommer 1887	14	—	6	1	1	3	21	4	25
Winter 1886/87	17	—	8	1	—	3	25	4	29
Sommer 1886	8	—	6	—	1	1	15	1	16
Zürich Winter 1887/88	**65**	**6**	**109**	**4**	**47**	**34**	**221**	**44**	**265** [4])
Sommer 1887	68	8	105	4	67	25	240	37	277
Winter 1886/87	70	5	88	4	47	27	205	36	241
Sommer 1886	52	5	85	4	46	24	183	33	216

Total der Medicin-Studirenden in der Schweiz im Wintersemester 1887/88 = **768**, davon 556 Schweizer.

Ausserdem zählt [1]) Bern 1 Auscultant; [2]) Genf 15 Auscultanten und 36 Schüler der zahnärztlichen Schule, meist Hörer in Medicin; [3]) Lausanne 5 Externes, worunter 2 Frauen; [4]) Zürich 19 Auditoren, worunter 2 Frauen.

Ausland.

— **Abortive Behandlung der Gonorrhoe.** *Welander* (Stockholm) empfiehlt ein Verfahren, das andern derartigen Empfehlungen gegenüber zum mindesten den Vorzug der „ratio“ hat und den Herren Collegen ruhig zur Prüfung empfohlen werden darf. Selbstverständlich ist nur da ein Erfolg zu erwarten, wo der Tripper noch ganz frisch ist, zum mindesten sein 1. Stadium nicht überschritten hat.

W. wäscht, nachdem der Patient Urin gelassen, den vordern Theil der Harnröhre mit einem Wattebäuschchen an einem Tamponträger mehrere Male energisch ab, bis einige Tröpfchen Blut sich zeigen. Nach Abtrocknung derselben wird die Harnröhre mit 2% Lapislösung tüchtig bepinselt; sodann spritzt man von derselben Höllensteinlösung in die Urethra und lässt sie einige Minuten darin verweilen. Auf die Weise hat *W.* in verschiedenen Fällen in kaum 8 Tagen vollkommene Heilung erzielt, was durch die Controle mit dem Microscop festgestellt wurde. (Monatshefte für pract. Dermatologie, 1887.)

— **Behandlung der gonorrhoischen Vaginitis und Endometritis.** *Fritsch* empfiehlt, die Patientin zu veranlassen, sich zweimal täglich liegend, auch während der Menstruation Scheidenausspülungen mit einer 1%igen 30° R. warmen Chlorzinklösung zu machen. Verfasser verschreibt Chlorzink und Wasser zu gleichen Theilen und lässt von dieser Lösung 20 gr. einem Liter Wasser zusetzen. Der Fluor hört nach kurzem Gebrauch des Mittels gänzlich auf.

Sind das Endometrium des Cervix und des Uteruskörpers mit ergriffen, so wird die Uterusinnenfläche mit starken Chlorzinklösungen geätzt und ein Jodoformstäbchen mehrmals eingelegt. — Gute Erfolge dieser Methode werden auch von anderer Seite bestätigt. (Ref. Therapeut. Monatshefte 1887.)

— Bei **Coryza** soll nach *Vigier* eine Mischung von Amylum pulv., Tct. Benzoës und Acid. boric. zu gleichen Theilen von gutem Erfolg sein.

— **Sammelforschung über Syphilis und ihre Behandlungsmethoden** wird von einer an der 60. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Wiesbaden 1887 gewählten Commission, deren Obmann Prof. *Köbner* in Berlin ist, ins Werk gesetzt. Die Herren Collegen und Vorstände von Krankenanstalten werden zur Mitarbeit eingeladen. In zwei gegebenen Schemata sind die Hauptpunkte, auf die das Augenmerk der Untersucher gerichtet werden soll, notirt und man hofft mit Zugrundelegung der gleichen Grundsätze bei der Untersuchung, durch Anregung methodischer Aufzeichnungen den bisherigen Fehlerquellen der klinischen und poliklinischen Statistik und der Unzulänglichkeit des publicirten Materials in qualitativer Hinsicht abzuhelfen und damit nicht nur einen Zuwachs unserer wissenschaftlichen Erkenntniss, sondern auch einen therapeutischen Nutzen für die Kranken zu erzielen.

Man hofft auf zahlreiche Mitwirkung erfahrener Collegen und die Commission wird sich auf einen später zu publicirenden Termin das bis dahin aufgezeichnete Material erbeten.

— **Ueber die Aethernarcose** sprachen sich die Amerikaner *Gerster* und *Packard* aus. Behufs Vornahme kleiner Operationen brauche man nur einen mit diesem Anästheticum getränkten Schwamm 1—2 Minuten dem Patienten vor die Nase zu halten. In ganz kurzer Zeit tritt das Stadium der Insensibilität ein. In 2—3 Minuten ist alles vorüber, der Patient bleibt frei von jeder Gefahr und kann entlassen werden.

Bei Nierenaffectionen soll die Aetheranwendung zu verbieten sein; dagegen sei Aether dem Chloroform vorzuziehen bei Abnahme der Herzenergie, bei Herzschwäche, bei grosser nervöser Aufgeregtheit und Furcht vor der Operation.

Wir erinnern daran, dass *J. L. Reverdin* in Genf ausschliesslich Aether zur Narcose nimmt und wie aus Referaten (vide „Corr.-Blatt“, Sanitätscurse 1887) hervorgeht, damit sehr zufrieden ist.

Frankreich. Congress zur Förderung des Studiums der **Tuberculose** findet vom 25.—31. Juli 1888 in Paris unter dem Präsidium von *Chauveau* statt. Es sollen folgende Fragen besonders discutirt werden:

1. Gefahren bei Consumation von Fleisch und Milch tuberculöser Thiere.
2. Empfänglichkeit verschiedener Menschen und Thierrassen für Tuberculose.
3. Eingangspforten und Verbreitungsweise im Körper. Prophylaxe.
4. Frühzeitige Diagnose.

Andere Fragen, deren Studium angeregt wird, betreffen: die Heredität, directe Uebertragbarkeit, verschiedene Entwicklungsformen, Mischinfection, Therapie etc.

Stand der Infections-Krankheiten.

		Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperalfieber	Parotitis	Ophthalmoblennorrhœa	Rubeola
Zürich u. Aussengem.	18. XII.-24. XII.	7	3	8	4	—	5	5	—	—	—	—
	25. XII.-31. XII.	4	2	2	1	2	5	3	—	—	—	—
	1. I.- 7. I.	1	2	11	—	—	6	4	—	—	—	—
Bern	18. XII.-24. XII.	2	9	—	—	—	1	—	—	—	—	—
	25. XII.-31. XII.	—	10	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Basel	26. XII.87-10. I.88	98	3	20	—	1	28	14	—	24	—	—

Unsere Scharlach-Epidemie nimmt immer noch zu; die 98 neuen Fälle vertheilen sich: Grossbasel 55, Kleinbasel 39, Kleinhüningen 4. 32 Fälle betreffen Schüler der Primar- und Mittelschulen, 12 Fälle Kinder aus Kleinkinderschulen, von denen mehrere geschlossen wurden; 37 kranke Kinder besuchten noch gar keine Schule; 17 Fälle betreffen Erwachsene. — Als Curiosum ist ein angezeigter Fall zu erwähnen, wo das gleiche Kind am 19. Dec. mit Mumps, am 25. Dec. mit Varicellen und am 26. Dec. mit Scharlach erkrankte. Von den 28 angezeigten Diphtheriefällen sind gewiss einzelne auf Scharlachinfection zurückzuführen.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats. Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 12. — für die Schweiz, Fr. 14.50 für das Ausland. Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. A. Baader in Basel. und **Dr. C. Garrè**, Docent in Basel.

N°. 3. XVIII. Jahrg. 1888. 1. Februar.

Original-Arbeiten.

Ueber die Chirurgie der Gallenwege.

Von Dr. **L. G. Courvoisier.**

Vortrag, gehalten in Olten den 29. October 1887.

Bis vor Kurzem begnügte sich das chirurgische Können — beinahe darf man sagen: das chirurgische Wollen — angesichts der Erkrankungen des Gallensystems mit vereinzelten und schüchternen Eingriffen; mit Extraction von Gallensteinen aus spontan entstandenen Gallenblasenfisteln, die man etwa zuvor unblutig oder blutig erweitert hatte; mit Incisionen in vereiterte und wohlweislich sicher mit der Bauchwand verlöthete Gallenblasen — kurzum mit Hülfeleistungen, welche höchstens schwierigen Abscesseröffnungen gleichkamen. Ein classisches Mémoire von *J. L. Petit*, 1743 erschienen, gab specielle, wohldurchdachte Vorschriften für die Technik solcher Operationen und blieb mit den darin niedergelegten Grundsätzen maassgebend für den folgenden Zeitraum von 120 Jahren, also bis in die neueste Zeit hinein.

Freilich haben seither ab und zu weitblickende Experimentatoren — so *Herlin* 1767, *Campaignac* 1826 — durch wohlinstituirte und theilweise gut gelungene Thierversuche über Incision und Excision der Gallenblase den Anstoss zu geben versucht zu einem kühneren Vorgehen der practischen Chirurgen. Ihre Arbeiten, ihre Erfolge blieben fast gänzlich unbeachtet.

Sodann haben seit Ende letzten Jahrhunderts manche chirurgische Schriftsteller begonnen, laparotomische Operationen an der frei beweglichen Gallenblase wenigstens in Erwägung zu ziehen. Aber keiner derselben konnte sich dabei auf per-

sönliche Erfahrungen am Lebenden berufen. Und so tragen ihre Vorschläge allzu sehr das Gepräge des hinter dem Schreibtisch Ersonnenen.

Der Umschwung von dem „dolce far niente“ früherer Zeit zu der wohl etwas fieberhaften Thätigkeit, welche wir jetzt auf diesem Gebiet beobachten, kam plötzlich und zwar auf Grund der Wiedergeburt, welche die Peritonealchirurgie überhaupt mit der allgemeinen Einführung der Antisepsis erlebt hat. Denn diese glänzendste Errungenschaft unseres Zeitalters hat ja erst das Schreckgespenst zum Weichen gebracht, das noch unseres Gedenkens drohend am Bette jedes Laparotomirten gestanden und die besten ärztlichen Bemühungen vereitelt hat: die septische Peritonitis.

Immerhin ist interessant, dass die erste mittelst Bauchschnittes im engern Sinn ausgeführte Gallenblasenoperation noch der vorantiseptischen Aera angehört. 1867 nämlich eröffnete der sonst kaum bekannte Amerikaner *Bobbs* bei einem nicht genauer diagnosticirten Tumor die Bauchhöhle, entdeckte, dass es sich um die erweiterte Gallenblase handle, incidirte diese, entleerte aus ihr ca. 50 Steine, nähte sie offen in die Bauchwunde ein und hatte das Glück, die Patientin dauernd von ihrem Leiden zu befreien.

Das also war die Erstlingsprobe einer Methode, die seither in zahlreichen Fällen sich bewährt hat. Wir nennen sie den Gallenblasenschnitt, in wörtlicher Uebersetzung nach *Sims*: Cholecystotomie, oder, wenn damit die Entfernung von Concrementen verbunden wird, nach *Ransohoff*: Cholelithectomie.

Vor 3 Jahren waren erst 10 solche Operationen gemacht, davon 2 auf Schweizerboden (die dritte von *Kocher*, die zehnte von mir). Seither sind, soweit ich die einschlägige Literatur kenne, neu hinzugekommen 62.

Am häufigsten operirt hat *Lawson Tait* in Birmingham, nämlich 30 Mal. Dann folgen: *Bardenheuer* mit 5, *Keen* mit 4, *Parkes* mit 3, *Robson*, *Küster* und ich mit je 2, endlich 24 andere Chirurgen mit ebenso viel einzelnen Fällen.

Indication gab immer Cholelithiasis mit ihren Folgezuständen, Hydrops, Empyem der Gallenblase u. dergl.; 2 Mal bestand Complication mit Carcinom der Leberpforte.

Gestorben sind von den 72 Operirten direct in Folge des Eingriffs 14. Das gibt, wenn wir hier überhaupt schon in Procenten rechnen, eine Mortalität von 20%. Sie werden mit mir finden, dass das viel zu viel sei und dass es so nicht weiter gehen dürfte. Aber die Statistik zeigt in diesem Punkt bedeutende Ungleichheiten auf: Wenn *Tait* auf seine 30 Fälle nur 1, *Bardenheuer* auf 5 nicht 1, *Keen* dagegen auf 4 : 3 und *Parkes* auf 3 : 2 tödtliche Ausgänge beklagt, so kann man sich hier der Vermuthung nicht erwehren, dass die zwei Erstgenannten in mancher Beziehung vorsichtiger operirt haben dürften, als die zwei Letztgenannten. — Ferner stellt sich heraus, dass von den 14 Todesfällen 6 durch Complicationen bedingt waren, welche zu vermeiden gewesen wären, nämlich 5 durch Peritonitis, 1 durch Nachblutung.

Hinsichtlich der Technik sind 2 Hauptverfahren der Cholecystotomie zu erwähnen. Aelter, am meisten angewandt, von einzelnen Chirurgen ausschliess-

lich befolgt ist das, was *Tait* die „natürliche“ Cholecystotomie nennt. Der Name ist nicht glücklich gewählt, insofern als mit der Operation ziemlich unnatürliche Verhältnisse geschaffen werden. Dieselbe gipfelt nämlich mit der Einnähung der offenen Gallenblase in die Bauchwunde, also in der Herstellung einer Gallenblasen-Bauchfistel. Sie kann einzeitig oder zweizeitig ausgeführt werden. Im letzteren Fall wird in einer ersten Sitzung die Blase mit der Bauchwand durch einen Kranz von Serosa-Nähten vereinigt, in einer zweiten Sitzung etwa 8 Tage später, wenn man annehmen darf, dass genügende Adhäsionen sich gebildet haben, incidirt und entleert man die Blase. Die zweizeitige Modification ist bis jetzt 7 Mal zur Anwendung gekommen, zuerst 1878 durch *Kocher*. Einzeitige und zweizeitige Operation machen sich übrigens einstweilen den Rang noch streitig. Jede hat ihre Vorzüge und Nachtheile. Entschieden ist hier noch nichts.

Der „natürlichen“ Cholecystotomie steht gegenüber die von *Bernays* so genannte „ideale“. Sie endet mit der Naht und Versenkung der eröffneten Gallenblase, vermeidet eine Gallenblasenfistel und stellt somit viel „natürlichere“ Verhältnisse her, als die „natürliche“ Cystotomie. Immerhin passt sie, wie bald soll gezeigt werden, nur für besondere Zustände. Sie ist bis jetzt 8 Mal ausgeführt, 4 Mal mit tödtlichem Ausgang. Daraus zu schliessen, die Operation sei überhaupt allzu gefährlich, wäre aber voreilig. Denn die 4 Todesfälle waren bedingt durch Complicationen, welche bei jeder andern Laparotomie immer noch vorkommen, nämlich je 2 Mal durch Peritonitis und Collaps.

Ehe wir die Cholecystotomie verlassen, sei rasch zweier Fälle (von *Landerer* 1884 und *Thornton* 1887) gedacht, wo besonderer Umstände wegen der Zugang zu Gallenconcrementen durch dicke Lebersubstanz mit Thermocauter oder Messer gebahnt und Heilung erzielt wurde. Wir müssten solche Operationen somit als Hepatotomie bezeichnen.

Kehren wir jetzt zu den Anfängen der modernen Gallenblasenchirurgie zurück, so stossen wir neben der Cholecystotomie 1882 auf 2 ebenso neue, wie originelle Methoden.

Nussbaum hatte einst geäussert, bei permanentem Verschluss des Choledochus könnte man der gestauten Galle Abfluss verschaffen und sie doch der Verdauung erhalten, wenn man zwischen Gallenblase und Dünndarm einen künstlichen Verbindungsweg herstelle. — Diesen Gedanken hat *Winiwarter* zuerst aufgegriffen und in einem entsprechenden Fall verwirklicht. Allerdings bedurfte es nicht weniger als 6 verschiedener Laparotomien während der Jahre 1880 und 1881, um das von Arzt und Patient mit gleich unerbittlicher Beharrlichkeit verfolgte Ziel zu erreichen. Der Enderfolg war aber in der That: dass die bisher vom Darm ganz abgesperrte Galle auf dem neuen Weg durch den Cysticus in die Gallenblase und aus dieser durch eine Fistelöffnung in eine Ileumschlinge sich ergoss. Patient erlangte wieder normale Verdauung.

Eine solche Operation ist als Gallenblasen-Darm-Fistelbildung oder Cholecysto-Enterostomie zu bezeichnen. Sie ist seit *Winiwarter* erst ein Mal wieder ausgeführt. Wir Alle haben mit höchstem Interesse kürzlich in unserm Correspondenz-Blatt den prächtigen Fall von *Kappeler* gelesen. Der Pa-

tient litt längst an Erscheinungen vollständigsten Choledochusverschlusses, der, wie die Laparotomie lehrte, durch einen Tumor der Porta verursacht war. Es gelang in einer Sitzung eine gut functionirende Gallenblasen-Dünndarm-Fistel anzulegen.

Die zweite Neuerung des Jahres 1882 ist ein erster Fall von Gallenblasen-Exstirpation, ausgeführt am 15. Juli durch *Langenbuch* in Berlin. Bei der äusserst heftigen, hartnäckig allen andern Mitteln trotzenden Cholelithiasis war nur noch von Entfernung der kranken Gallenblase Heilung zu erwarten. Diese gelang auch vollkommen und auf die Dauer.

Langenbuch taufte die Operation passend: Cholecyst-Ectomie. Sie ist bis jetzt 26 Mal ausgeführt und zwar nicht weniger als 12 Mal von ihrem Erfinder, 6. Mal von schweizerischen Operateuren (nämlich je 2 Mal von *Socin*, *Krönlein* und mir), ausserdem 2 Mal von *Thiriar* in Brüssel und 6 Mal von ebenso viel andern Chirurgen.

Anlass dazu gab 24 Mal Cholelithiasis mit ihren Folgen, 1 Mal, im Fall von *Dixon*, Ruptur der Gallenblase, 1 Mal, im Fall von *Bardenheuer*, Krebs der Gallenblase.

Von den 26 Operirten sind direct dem Eingriff erlegen 7; 2 durch Collaps, einer durch Peritonitis in Folge von Perforation eines im Choledochus zurückgelassenen Steins, einer (der Patient von *Dixon*) angeblich durch Nephritis, die 3 letzten durch Gallenerguss in die Bauchhöhle und Peritonitis.

Ich vermeide hier absichtlich, auf eine Menge von Fragen einzutreten, welche sich an die Exstirpation der Gallenblase knüpfen, ihre Erledigung aber besser vor einem speciell chirurgischen Forum finden.

Wohl aber sei die wichtigste Frage berührt, welche zu entscheiden bleibt: nämlich die, ob die Gallenblase einfach entbehrlich, also schadlos exstirpirbar sei oder nicht. Man hat hier im Sinne der Entbehrlichkeit argumentiren wollen mit gewissen Wirbelthieren, denen die Gallenblase überhaupt fehlt, mit Menschen, welche diesen gleichen Defect angeboren aufwiesen oder durch Krankheiten ihrer Gallenblase verlustig gegangen waren. Das sind aber keine vollgültigen Beweise. Streng beweisend sind überhaupt nur Beobachtungen an Menschen, die operativ ihrer Gallenblase beraubt worden sind. Da kann ich nun sagen, dass meine beiden 1884 und Mitte Sommers 1886 Cholecystectomirten sich einer Verdauung erfreuen, welche sich von derjenigen vieler Gesunden kaum unterscheidet. — Trotzdem wird man die Operation auf Nothfälle versparen. Davon noch ein paar Worte später!

Wenden wir uns noch zu einer letzten Operation am Gallensystem.

Die Logik erfordert, dass wenn ein Stein einen Gallengang verstopft, man in erster Linie das Hinderniss selber wegschaffe, eingreifendere Maassregeln aber erst anwende, wenn jenes nicht gelingt. In diesem Sinn hat 1886 *Lawson Tait* die Hoffnung ausgesprochen, dass es gelegentlich wohl möglich sein dürfte, obstruirende Concremente in situ durch die Canalwände hindurch zu zerquetschen und so ihr Abgehen in kleinen Trümmerchen herbeizuführen.

Diese Idee hat zuerst *Langenbuch* realisirt. In einem Fall von permanentem

Verschluss des Choledochus zerdrückte er mit passendem Instrument auf die angegebene Weise den festsitzenden Stein. Nachher exstirpirte er noch die steinhaltige Gallenblase. Zum Beweis für die erreichte Wegsamkeit des Gallengangs erbrach die Kranke nach der Operation gallig. Leider erlag sie der letztern bald im Collaps.

Eine solche Gallensteinzertrümmerung oder Cholelithothripsie hatte ich selbst Gelegenheit unter ähnlichen Umständen, nur mit mehr Glück auszuführen. Der wissenschaftlich und practisch gleich interessante Fall soll bald veröffentlicht werden. Hier sei nur bemerkt, dass es mit den grössten Schwierigkeiten gelang, den voluminösesten und am meisten darmwärts gelegenen von 5 Steinen im sehr erweiterten Choledochus mit gepolsterter Zange zu zermalmen, dass der Patient dadurch von verschiedenen heftigen Beschwerden befreit wurde und dass, als er kürzlich — ein Jahr nach jener Operation — secirt wurde, nicht ein einziges Concrement mehr bei ihm zu finden war. — Damit ist der Beweis erbracht für die Ausführbarkeit und den vollen Erfolg eines Verfahrens, das, weil an sich wohl gefahrlos, vielleicht dazu bestimmt ist, mehr als eine Cholecystotomie oder gar Cholecystectomie zu ersetzen.

Bleiben wir noch einen Augenblick bei den Indicationen zu den verschiedenen Operationen stehen! Mit wenig Ausnahmen werden diese Indicationen gegeben sein durch die Gallensteinkrankheit und ihre Folgezustände. Ich kann es Ihnen und mir ersparen, hier die Beschwerden und Gefahren aufzuzählen, welche der einzelne und namentlich der wiederholte Anfall oder gar das jahrelang hingezogene Siechthum bei Cholelithiasis mit sich bringen kann. Im Allgemeinen wohl unschuldiger Natur, macht das Leiden doch zuweilen geradezu berufsunfähig und bedroht auch nicht selten und auf mannigfache Weise direct das Leben.

Construiren wir uns ein paar solcher — selbstverständlich als schwer anzunehmender — Fälle; zuerst einen der am häufigsten zu beobachtenden: Ein Concrement bleibt im Ductus cysticus stecken. Hinter ihm entsteht Hydrops oder Empyem der Gallenblase. Hier dürfte wohl in erster Linie die Lithothripsie durch die Cysticuswand zu versuchen sein. Gelingt das nicht, so kann zunächst palliativ geholfen werden durch Cholecystotomie, welche die Gallenblase entleert. Aber vielleicht sogar definitiv. Denn mehrmals war es schon möglich, von der eröffneten Blase aus den obstruirenden Stein aus dem Cysticus, sei's in toto, sei's in Stücken, zu extrahiren. In einem solchen Fall kann man die Gallenblase vernähen und versenken, also die Cholecystotomie als ideale vollenden.

Ist das Hinderniss im Cysticus nicht zu beseitigen, dann ist *Tait*'s natürliche Cholecystotomie angezeigt, d. h. die Einnähung der jetzt überflüssig gewordenen Gallenblase in die Bauchwand, also Anlegung einer Gallenblasen-Bauchfistel — oder man kann die Exstirpation der Gallenblase erwägen, welche die Heilungsdauer wesentlich abkürzen wird. Dass die Cholecystectomie auch berech-

tigt sei bei offenem Cysticus, wenn die Gallenblase hochgradig alterirt ist, wurde früher schon angedeutet.

Setzen wir einen weitern, in der Praxis auch nicht seltenen Fall: vollständige und andauernde Verlegung des Choledochus mit allen Folgen der Gallenstauung. Ist das betreffende Hinderniss ein Stein, so dürfte auch hier vor Allem die Lithothripsie zu versuchen sein. Schlägt sie fehl, oder beruht die Obstruction auf narbiger Verwachsung — dann ist zweifellos indicirt die Anlegung der Gallenblasen-Darmfistel. Denn eine Cholecystotomie nach *Tait* z. B. würde, wenn sie auch die Gallenstauung aufhöbe, doch gleichzeitig den vollständigen Abfluss der Galle nach Aussen herbeiführen. Und ob der Organismus auf die Dauer der Galle gänzlich entbehren kann, wie von gewisser Seite behauptet wird, das bleibt noch zu beweisen. Nach den Erfahrungen an Gallenfistel-Thieren wenigstens dürfte a priori eher das Gegentheil anzunehmen sein.

Stellen wir uns noch eine Möglichkeit vor, welche bei Cholelithiasis bekanntlich öfters auftritt: acute ulcerative Perforation eines Gallengangs durch einen Stein; als Folge davon Bildung eines Abscesses oder beginnende eitrige Peritonitis. Heutzutage dürften wir einen solchen Patienten nicht mehr seinem Schicksal, d. h. dem fast sichern Tod überlassen. Vielmehr scheint mir folgender Versuch zu seiner Rettung geboten: Bauchschnitt, Aufsuchen der Perforationsstelle. Ist sie am Ductus cysticus, dann Ligatur seines peripherischen Theils und nachfolgende Exstirpation der Gallenblase. Ist sie am Choledochus, dann Doppelligatur desselben peripherisch und central von dem Durchbruch und nachfolgende Anlegung der Gallenblasen-Darmfistel.

Ausnahmsweise können neben Cholelithiasis noch chirurgische Eingriffe am Gallensystem veranlassen: Verletzungen. Sie sind sehr selten. Daraus erklärt sich wohl, dass bis heute erst ein Mal in einem traumatischen Fall operirt worden ist, nämlich in dem vorhin erwähnten von *Dixon*. Dort musste wegen weitgehender Ruptur die Gallenblase excidirt werden. In einem weniger schlimmen Fall könnte wohl auch die Naht der Wunde genügen. —

Bei Ruptur der Gallengänge hätte man in gleicher Weise zu verfahren, wie bei ihrer ulcerativen Perforation.

Endlich wäre noch der Störungen der Gallenabfuhr durch Neubildungen zu gedenken. Meist sind das Carcinome der Porta, des Ligamentum hepato-duodenale, ausgegangen von Pylorus oder Pancreaskopf. Hier kommt als Palliativum die Cholecysto-Enterostomie nach *Kappeler* in Betracht.

Geschwülste der Gallenblase sind ebenfalls gewöhnlich krebsig, greifen aber rasch auf die Lebermasse über. Es ist also wenig Aussicht vorhanden auf häufigere Operationen in solchen Fällen. Bis jetzt ist erst ein Mal von *Bardenheuer* operirt. Die Patientin starb am Herzschlag. Der Fall ist leider noch nirgends ausführlich mitgetheilt.

Ich selber habe bei einer Frau, die früher sicher an Gallensteinen gelitten hatte und nun mit beträchtlichem Gallenblasentumor in meine Behandlung trat, die Probelaparotomie gemacht, es aber bei dieser bewenden lassen müssen, weil

sich die Erkrankung als sehr diffuses Neoplasma erwies. Die Section bestätigte einige Monate später die Annahme eines primären Gallenblasenkrebses.

Durch die kurze und — wie ich gern zugebe — auch lückenhafte Uebersicht hoffe ich immerhin Ihr Interesse an der Gallenblasenchirurgie geweckt oder, wo es schon vorhanden war, vermehrt zu haben. Dieses Interesse verdient sie wie alles in der Entwicklung Begriffene; und selbst an ihr mitzuarbeiten, erscheint mir als eine lohnende Aufgabe, nicht etwa trotzdem, sondern gerade weil an ihr Manches noch aufzuklären und zu verbessern ist.

Uebrigens bin ich weit entfernt davon, mit einem amerikanischen Operateur ohne Weiteres erklären zu wollen: „Die Erkrankungen des Gallensystems gehören dem Chirurgen.“ Darüber mag eine spätere Zukunft entscheiden! Einstweilen dürfen wir auf Grund der vorliegenden Erfahrungen nur das behaupten, dass eine Anzahl schwerer Fälle von solchen Erkrankungen, gegen welche jede medicamentöse Therapie sich machtlos erweist, ein Gebiet darstellt, auf welchem die Chirurgie immer noch schöne Erfolge erzielen kann. Weiter zu gehen, muss als Anmassung erscheinen. Wir haben hier nicht als Gallensteinschneider, sondern als Aerzte zu urtheilen und zu handeln. Vor Allem thun uns sichere Diagnosen Noth. Wer selber schon mehrere derartige Operationen ausgeführt hat, weiss wohl, welche Ueberraschungen man in dieser Beziehung erleben kann. Das lehrt Bescheidenheit und spornt an zu immer gewissenhafterer Benützung aller zu Gebote stehender Hülfsmittel der Krankenuntersuchung.

Losgelöst vom immergrünen und lebenskräftigen Baum der allgemeinen medicinischen Wissenschaft müsste das jetzt noch schwache und schwankende Reis der Gallenblasenchirurgie gar bald verkümmern; fest mit ihm verbunden, aus welchem allein es gesunde Nahrung ziehen kann, muss es ebenso sicher und rasch zum fruchtreichen Zweig erstarken.

Meteorologisches über die Winterstationen Andermatt, Davos und St. Beatenberg.

Von **Fr. Schmid,** Arzt in Luzern.

(Schluss.)

Wir gehen zu einem zweiten wichtigen meteorologischen Element über, zu den Windverhältnissen unserer 3 Stationen.

Wenn wir hier, wie wir es auch bei den Temperaturen gethan haben, eine Zusammenzählung sämmtlicher Daten vornehmen, so unterläuft dabei eine kleine Ungleichheit, deren Ursache darin liegt, dass die Methode der Windnotirung im Jahre 1881 eine verschiedene war von den vorhergehenden 4 Jahren. Im Jahre 1881 wurde nämlich bei den Windaufzeichnungen nur die Windrichtung, nicht aber auch die Intensität berücksichtigt, während in den vorausgehenden Jahren zugleich auch die Intensität, nämlich 0 als Calme und 1—4 als Grade der Windstärke eingetragen wurde. Ueberall bedeutet in den nachfolgenden Tabellen die Ziffer der Calmen die Anzahl der Beobachtungen von Windstille. Des-



gleichen entsprechen im Jahre 1881 die den verschiedenen Windrichtungen beigegebenen Zahlen nur der Häufigkeit dieser Windrichtungen, nicht aber der Intensität derselben, währenddem in den Jahren 1877/80 die den Windrichtungen beigefügten Zahlen nicht etwa blos die Anzahl der Beobachtungen dieser Windrichtung, sondern gleichzeitig die Summe der Intensitätsgrade aller Beobachtungen dieser Windrichtung angeben. Wenn wir in unsern Berechnungen diesen letztern Modus angewendet haben, so geschah es aus dem Grunde, dass bei Beurtheilung eines Curortes nicht so sehr die Windrichtung als besonders die Heftigkeit gewisser Winde von Bedeutung ist. Es ist übrigens fast selbstverständlich, dass eine Windrichtung häufig sein muss, wann die Summe der Intensitätsgrade eine hohe ist.

Es würde zu viel Raum beanspruchen und zugleich dem Leser, der seine Geduld daran vergeuden wollte, wenig fruchtbringend sein, wenn wir die Zahlen sämmtlicher 30 Monate, die wir in Rücksicht gezogen, mittheilen wollten. Es dürfte genügen, die Durchschnittswerthe der einzelnen Jahrgänge hier anzuführen. Wir erhalten dabei folgende Tabelle.

Andermatt.

Winter	Calm.	N.	NE.	E.[1]	SE.	S.	SW.	W.	NW.
1877	347	104	27	2	10	9	111	15	9
1878	362	87	19	6	19	8	73	37	17
1879	438	55	2	1	2	31	16	22	22
1880	443	49	8	1	2	5	27	44	5
1881	398	54	6	2	—	1	21	47	17
Total 1877/81	1983	349	62	12	33	54	248	165	70
Durchschnitt per Winterhalbjahr	398,6	69,8	12,4	2,4	6,6	10,8	49,8	33,0	14,0

Davos.

Winter	Calm.	N.	NE.	E.	SE.	S.	SW.	W.	NW.
1877	228	11	245	111	4	7	67	1	2
1878	159	11	208	162	21	24	88	2	6
1879	321	—	26	132	51	10	64	2	—
1880	484	—	4	42	8	3	17	2	—
1881	430	—	1	67	14	1	31	2	—
Total 1877/81	1622	22	484	514	98	45	267	9	8
Durchschnitt per Winterhalbjahr	324,4	4,4	96,8	102,8	19,6	9,0	53,4	1,8	1,6

Beatenberg.

Winter	Calm.	N.	NE.	E.	SE.	S.	SW.	W.	NW.
1877	15	1	2	5	61	77	31	24	402
1878	13	1	2	4	45	73	41	20	387
1879	7	—	4	3	61	72	40	9	399
1880	9	1	3	1	107	59	8	11	385
1881	25	1	2	3	63	76	11	2	363
Total 1877/81	69	4	13	16	337	357	131	66	1936
Durchschnitt per Winterhalbjahr	13,8	0,8	2,6	3,2	67,4	71,4	26,2	13,2	387,2

Bei Beurtheilung eines Curortes nach den Windverhältnissen wird man einerseits das Augenmerk auf die Intensität der Winde überhaupt oder, besser gesagt, auf die Häufigkeit der Calmen, andererseits auf die Windrichtungen lenken müssen.

[1]) E. ist die officielle meteorol. Bezeichnung für Ost. D. Verf.

Es geht aus vorstehenden Tabellen sofort hervor, dass Beatenberg weitaus am meisten Wind hat, dass die windstillen Tage geradezu eine ausserordentliche Seltenheit sind, indem es bei 2733 Beobachtungen nur 69 Mal Windstille verzeigt, wonach annähernd in Beatenberg auf 40 Beobachtungen eine einzige Calme verzeichnet wäre. Andermatt hat $^{1}/_{5}$ weniger Wind als Davos, indem es mit seinen 1983 Calmen um 361 über Davos (1622) steht. An letzterem Orte betragen die Calmen $^{3}/_{5}$ der Beobachtungen, in Andermatt aber beinahe $^{3}/_{4}$.

Es hat jeder Ort 2 Hauptwindrichtungen in ziemlich entgegengesetzter Direction, nämlich eine nördliche (NW. bis E.) und eine südliche (SE. bis SW.). Von der ersteren Qualität hat Beatenberg 1639 NW., Davos als NE. und E. zusammen 997, Andermatt dagegen nur 349 als N. Von südlichen Luftströmungen hat Beatenberg eine extensivere Vertheilung, nämlich von SE. bis SW. zusammen 825, Andermatt als SW. und W. im ganzen 413, währenddem Davos blos 267 SW. hat. Wir würden es nicht als richtig erachten, wollte man auf die Namen der einzelnen nördlichen oder südlichen Windrichtungen zu grosses Gewicht legen. Der gleiche Wolkenzug kann über mehrere Punkte hinwegziehen, und trotzdem zeigt die Windfahne der Beobachtungsorte verschiedene Richtung. Es hängt das von ganz localen Umständen ab. Ein treffendes Beispiel können wir aus dem Urserenthale citiren. In Andermatt ist von nördlichen Windrichtungen fast nur der reine N. verzeichnet, aus dem einfachen Grunde, weil einem östlichen oder nordöstlichen Wolkenzug dort kein Wind von derselben Richtung entsprechen kann, da die Oberalp entgegensteht; es muss daher ein von Osten oder Nordosten herkommender Wind seine Richtung um den Berg herum nehmen, und weht vom sogenannten Urnerloch her als Nord gegen das Dorf hin, während der ganz gleiche Wind in Hospenthal ($^{1}/_{2}$ Stunde entfernt) als NE. und in Realp ($1^{1}/_{2}$ Stunden) als E. auftritt.

Die oben nach den Jahren aufgestellte Windtabelle leitet uns betreffend Davos noch auf einige Auffälligkeiten hin, die wir kurz erwähnen müssen. Während dort nur vereinzelte Male bis zum Sommer 1879 die monatlichen [1]) Calmen die Ziffer 40 erreichten, einmal sogar auf 6 (März 1878) zurückblieben, der NE. aber und auch der E. häufig 40, 50 und sogar 60 aufweist, steigt mit einem Male vom Sommer 1879 an die Zahl der Windstillen auf 70 und 80, und ergibt nur einmal blos 60, während in noch grösserem Verhältniss der NE. nachlässt, so dass er in 6 Wintermonaten des Jahres 1880 zusammen nur die Ziffer 4, und während der gleichen Zeit 1881 sogar nur 1 erreicht, gegenüber 245 und 208 in den Wintern von 1877 und 1878. In ähnlichem, wenn auch nicht so auffälligem Verhältnisse hat der E. abgenommen. Es ist mir nicht möglich, diese so auffälligen Erscheinungen zu erklären. Ob das Klima von Davos betreffend Wind so colossal wechselnd ist, oder ob die Windfahne versetzt worden, ist mir unbekannt. Der Beobachter ist der gleiche geblieben. In Andermatt und Beatenberg sind die Zahlen-

[1]) Das Einfügen einer Tabelle sämmtlicher Monate der 5 Winterhalbjahre würde zu viel Raum in Anspruch nehmen, und überdies wenig lohnend sein. Der Verf.



verhältnisse dieser Periode, wenn sich auch einigermaassen zu Gunsten der letzten Jahre gestaltend, doch im Allgemeinen die gleichen geblieben.

Ueber die Zahl der Nebeltage gibt folgende tabellarische Zusammenstellung Aufschluss:

Andermatt.

	1877	1878	1879	1880	1881	Total	Durchschnitt
Januar	—	—	—	1	1	2	0,4
Februar	3	2	—	3	1	9	1,8
März	2	1	2	2	3	10	2,0
October	7	1	4	7	16	35	7,0
November	—	1	1	6	2	10	2,0
December	5	1	2	3	9	20	4,0
Total	17	6	9	22	32	86	
Durchschnitt	2,83	1,00	1,50	3,67	5,33		2,87

Davos.

	1877	1878	1879	1880	1881	Total	Durchschnitt
Januar	—	—	3	—	6	9	1,8
Februar	1	1	3	1	2	8	1,6
März	—	—	1	—	4	5	1,0
October	1	3	5	6	8	23	4,6
November	—	1	1	7	1	10	2,0
December	3	2	3	3	1	12	2,4
Total	5	7	16	17	22	67	
Durchschnitt	0,83	1,17	2,67	2,83	3,67		2,23

Beatenberg.

	1877	1878	1879	1880	1881	Total	Durchschnitt
Januar	6	9	11	10	14	50	10,0
Februar	9	2	11	2	4	28	5,6
März	14	12	4	2	7	39	7,8
October	9	2	6	6	13	36	7,2
November	7	11	11	12	5	46	9,2
December	16	12	13	3	11	55	11,0
Total	61	48	56	35	54	254	
Durchschnitt	10,17	8,00	9,33	5,83	9,00		8,47

Wir sehen daraus, dass das Resultat für Beatenberg, wir glauben sagen zu müssen, ein sehr ungünstiges ist, um so ungünstiger, als die höchsten Zahlen 55 und 50 auf December und Januar fallen, welche Monate für Wintercuren besonders in Betracht kommen. Wir wollen übrigens anerkennen, dass die gefundenen Zahlen nicht immer eigentliche Nebeltage bedeuten, sondern dass theilweise nur das Vorüberziehen der aufsteigenden Nebel, die sich im Winter sehr häufig auf dem in der Thalsohle gelegenen Thunersee bilden, damit verstanden ist. Andererseits dürfen wir auch nicht vergessen, dass die in den Hochthälern gezählten Nebeltage ebenfalls vielleicht blos in einem leichten Nebelstreifen des Morgens oder des Abends bestanden haben. Während von 30 Monaten Andermatt 5 und Davos 7 Mal gar keinen Nebel haben, geht Beatenberg nie leer aus. Am günstigsten für letzteres ist der Februar, der aber immer noch schlechter ist als die schlechtesten Monate an beiden anderen Orten, mit einziger Ausnahme des verhältnissmässig nebelreichen Octobers in Andermatt. Der günstigste Monat in Andermatt ist der Januar, der während 5 Jahren zusammen nur 2 Nebeltage verzeichnet. In Davos stellt sich der März am besten, der in fünf Jahren im

Ganzen 5 Mal Nebel aufweist. Nicht nur in Andermatt, sondern auch in Davos ist, wenn auch nicht in demselben Verhältniss, der October der nebelreichste Monat. Lassen wir diesen Monat, der in mehrfacher Hinsicht noch nicht zur Wintersaison zählt, ausser Betracht, so entfallen in Davos durchschnittlich 9, in Andermatt 10 Nebeltage auf die eigentliche Winterzeit. Die beiden Orte kommen sich also auch in dieser Hinsicht nahezu gleich, während allerdings Beatenberg sich sehr abweichend verhält, insofern Nebelbildung während der eigentlichen Winterszeit daselbst ungleich häufiger ist als in den gedachten Hochthälern.

Ein letzter Punkt, dem wir unsere Aufmerksamkeit schenken wollen, betrifft die Bewölkung und die Zahl der hellen und trüben Tage. Bezüglich der ersteren sei bemerkt, dass ganz klarer Himmel mit 0, ganz bedeckter mit 10 und die verschiedenen Intensitäten der Bewölkung mit den entsprechenden Zahlen 1—10 bezeichnet werden.

Ein Tag fällt unter die Rubrik „hell", dessen durchschnittliche Bewölkung nicht mehr als 2, unter „trüb", wenn dieselbe 8 oder mehr beträgt.

Durchschnittliche Bewölkung.

Winter	Andermatt	Davos	Beatenberg
1877	6,03	4,45	6,27
1878	5,93	4,55	6,00
1879	5,78	4,08	5,53
1880	4,87	4,13	4,87
1881	5,57	4,20	5,48
Durchschnitt per Winterhalbjahr	5,64	4,28	5,63

	Andermatt Zahl der Tage		Davos Zahl der Tage		Beatenberg Zahl der Tage	
Winter	hell	trüb	hell	trüb	hell	trüb
1877	39	77	49	34	33	85
1878	35	77	59	41	40	74
1879	5	72	72	38	53	67
1880	58	53	74	40	62	52
1881	46	62	65	32	48	68
Total	223	341	319	185	236	346
Durchschnitt per Winterhalbjahr	44,6	68,2	63,4	37,0	47,2	69,2

Nach vorstehenden Ziffern würden Beatenberg und Andermatt sich erheblich schlechter stellen als Davos, sowohl was Bewölkung als was Zahl der hellen Tage betrifft. Für Andermatt ist dies um so auffallender, als hinsichtlich der Seltenheit der Nebelbildung eine grosse Uebereinstimmung mit Davos sich zu erkennen gibt. Es dürfte hiebei der Umstand in Betracht fallen, dass unsere Beobachtungszeit von 5 Jahren eine relativ kurze ist. Erwähnenswerth ist jedenfalls, dass nach der ebenfalls auf amtlich geprüften Daten basirenden, einer Beobachtungszeit von 17 Jahrgängen entnommenen Zusammenstellung *Neukomm*'s die Durchschnittszahl der hellen Tage sich für Andermatt genau gleich hoch beziffert wie für Davos, nämlich auf 57 per Winterhalbjahr.

Eine Besprechung der hygrometrischen Verhältnisse müssen wir unterlassen, da in Andermatt erst seit dem Neujahr 1884 diese Messungen regelmässig gemacht werden.

Die Herniotomie in der Privatpraxis.

Von Dr. **L. Gelpke** in Gelterkinden.

Die nachfolgenden Zeilen haben hauptsächlich den Zweck, diesen oder jenen Collegen zu veranlassen, seine einschlägigen Fälle ebenfalls zu veröffentlichen; denn da der Natur der Sache entsprechend der grössere Procentsatz von Bruchoperationen in der Privatpraxis gemacht wird, so ist hier hauptsächlich der Platz, die gemachten Erfahrungen auszutauschen, um einen Ueberblick über den Stand der Operation zu gewinnen, eventuell die Methoden zu verbessern.

Wenn sich daher aus den anzuführenden Fällen, 19 im Ganzen, im Zeitraum von 6 Jahren ausgeführt, selbstredend keine Statistik machen lässt, so dürfte man doch, wenn erst von anderen Seiten reicherer Erfahrung eine grössere Anzahl von Fällen beigetragen sind, zu annähernd folgenden Schlüssen gelangen:

Die Herniotomie ist seit Einführung des antiseptischen Verfahrens und der Combination mit der Radicaloperation mit Recht die populärste Operation, die es überhaupt gibt.

Der Eingriff erfährt von Seiten des Patienten, dessen Aussichten auf der einen Seite der qualvollste Tod, auf der andern Seite gänzliche Beseitigung des Bruchleidens sind, selten mehr den geringsten Widerspruch. Die Patienten segnen nach der Operation den anscheinend verhängnissvollen Umstand, welcher zur Einklemmung führte.

Die Operation ist im Allgemeinen da auszuführen, wo der Unfall passirt ist; die a priori bedenkliche Salubrität der entlegenen Hütte schadet dem Erfolg des Eingriffs weniger, als ein stundenlanger Transport in den Spital.

Der Procentsatz von Heilungen nach Herniotomie dürfte ein merklich höherer sein, als gewöhnlich in den Lehrbüchern angegeben wird; (*Danzel*, *Canstatt*'s Jahresbericht 1851, von 517 Fällen 33% Heilungen); er dürfte etwa auf 80% zu schätzen sein: die vorliegende allerdings geringe Anzahl von Fällen ergiebt einen Procentsatz von annähernd 100% Heilungen nach Herniotomie.

Unter den 19 Fällen befinden sich I. 15 Herniotomien wegen Einklemmung, wobei mit Ausnahme der zwei ersten Fälle stets gleichzeitig die Radicaloperation ausgeführt wurde; II. 3 Radicaloperationen ohne Einklemmung und III. 1 Laparotomie wegen innerem Darmverschluss (Volvulus).

Von den 15 Herniotomien wegen Einklemmungen sind alle ohne weitere Zwischenfälle geheilt mit Ausnahme eines (unten zu besprechenden) Falles, bei welchem nach Operation des eingeklemmten Bruches eine zweite nicht vorauszusehende innere Einklemmung den Tod verursachte.

Das Alter der Operirten variirt zwischen 15 und 76 Jahren, die Dauer der Einklemmung zwischen 6 Stunden und 4 Tagen. 8 Mal handelte es sich um Inguinal-, 7 Mal um Cruralhernien. 3 Mal fand sich im Bruchsack blos Netz, 3 Mal blos Darm. 2 Mal war das Netz gangränös und wurde partienweis resecirt; Verlauf ohne Reaction. Gangrän des Darmes wurde in keinem Falle beobachtet. 2 Mal wurden grössere Stücke Netz, wegen klumpiger Hypertrophie desselben, abgetragen.



In einem Falle — 15jähriger Knabe P. G. in W. — war der einklemmende Ring nicht die Bruchpforte, sondern die mittlere Einschnürung einer sanduhrförmigen Hernie (hernie en bisac).

Bei der 48jährigen Frau B. in W. war der Bruchinhalt, federkieldünner Netzstrang, erst nach langem Suchen zu finden, trotzdem die Einklemmungserscheinungen (Schmerzen und Brechen) recht stürmisch gewesen waren. In diesem Falle musste wegen allzu grosser Enge der Bruchpforte, welche die Kuppe des kleinen Fingers nicht eindringen liess, das débridement externe gemacht werden.

Das meiste Interesse bietet auch hier der ungünstig verlaufene Fall des 25jährigen Mannes Sch. in M., bei welchem das eigenthümliche Zusammentreffen zweier verschiedener Einklemmungen, einer äussern und einer innern, die richtige Diagnose beinahe unmöglich machte und so den richtigen Eingriff verhinderte. Der Verlauf ist kurz folgender:

Stürmische Incarcerationserscheinungen bei einem sehr kräftigen Landarbeiter. Die vollständige retentio alvi et flatuum liess auf eine Einklemmung auch des Darmes schliessen; trotzdem fand sich bei der Operation blos incarcerirtes Netz; dieser Umstand hätte bereits stutzig machen sollen. Entgegen den besten Hoffnungen dauerten denn auch andern Tags die Incarcerationserscheinungen fort und als der Verdacht einer zweiten innern Einklemmung aufstieg, war Patient bereits derart collabirt, dass an einen zweiten operativen Eingriff (Laparotomie) nicht mehr zu denken war und der Tod, unter unaufhörlichem Erbrechen, binnen wenigen Stunden eintrat.

Bei der Section fand sich in der Bauchhöhle und zwar einige Centimeter von der Bruchpforte entfernt, eine wagentaschenähnliche Einstülpung des Bauchfelles, in welcher eine blauschwarz gefärbte Darmschlinge lag: Hernia properitonealis nach *Krönlein*.

Von dieser eigenthümlichen und verhängnissvollen Combination, einer innern und einer äussern Incarceration, sind mir seither 3 ähnliche Fälle durch Collegen mitgetheilt worden. (*Bardeleben*, Handbuch der Chirurgie, erwähnt zweier ähnlicher Fälle, bei welchen sich aber die peritoneale Tasche im Bruchcanal selbst und nicht innerhalb der Bauchhöhle befand.) Somit scheint die Umgebung des abdominalen Endes des Bruchcanals eine Lieblingsstelle für Stränge und Taschenbildungen zu sein und es würde sich deshalb empfehlen, in einem analogen Falle, wo nach gelungener Herniotomie das Fortbestehen der Incarcerationserscheinungen auf ein zweites, inneres Hinderniss schliessen lässt, den Bruchschnitt einfach gegen die Bauchhöhle, etwa in der Richtung gegen den Nabel zu verlängern, indem hier die grössten Chancen sind, das Hinderniss zu finden (Herniolaparotomie).

Bei der weitern Inspection der Bauchhöhle fiel die enorme Ueberfüllung des Venensystems auf und erklärte den fadenförmigen Puls und den rapiden Verfall des herkulischen Patienten. Man könnte diesen Zustand mit einer innern Verblutung vergleichen.

Was die innere Hernie — hernia properitonealis — anbetrifft, so fiel auf, dass ein leichter Zug an einer benachbarten Schlinge genügte, um das eingeklemmte Stück zu lösen. —

Von den übrigen 14 Fällen von Herniotomie wegen Einklemmung ist, wie oben bemerkt, keiner gestorben. Das Verfahren der Operation war kurz folgendes: Das Hauptgewicht wurde auf minutiöse Desinfection des Operationsfeldes gelegt und alles dessen, was mit der Wunde in Berührung kommen sollte. In allen Fällen wurde vorher ein Bad gegeben und im Bade die Schamgegend rasirt. (Es wird sonst das Operationsfeld mit Haaren überschwemmt.) — Meist fehlte fachmännische Assistenz, ein Mangel, der sich hier viel weniger unangenehm fühlbar macht, als z. B. bei der Tracheotomie.

Die Bruchdecken wurden schichtenweise auf der Hohlsonde incidirt; über die Hauptschwierigkeit: die richtige Diagnose des Vorliegenden, orientirte am besten das abfliessende Bruchwasser.

Der blosgelegte Bruchinhalt wurde mit erwärmter Jodoformgaze bedeckt. Nach der Reposition wurde der ganze Bruchsack stumpf abgelöst, was meist sehr leicht

gelang, der Bruchhals mit einem starken Catgutfaden (mit Durchstechung) unterbunden und hierauf der Bruchsack abgeschnitten.

In drei Fällen wurde auch die Bruchpforte mit Catgut vernäht.

Was nun die Hauptsache, den Erfolg der Radicaloperation anbetrifft, so wurden in den letzten 14 Tagen (Ende November und Anfang December 1887) bei allen 14 Fällen (11 Radicaloperationen wegen Einklemmung und 3 ohne Einklemmung) Erkundigungen eingezogen und constatirt, dass bis jetzt in einem einzigen Fall (die ersten Fälle sind 6 und 5 Jahre alt) ein Recidiv eingetreten ist, trotzdem die Meisten schwere Arbeit ohne Band verrichten. (Obiges Recidiv betrifft den 30-jährigen Landarbeiter Sch. in R., operirt vor 3 Jahren wegen Einklemmung einer grossen l. Leistenhernie; das Recidiv trat schon 1 Jahr post operat. ein.)

Im Anschluss hieran sei noch des oben citirten Falles von Darmverschluss wegen volvulus kurz Erwähnung gethan:

Es handelte sich um den 48jährigen Bauern Hrch. G. in M., welcher seit Jahren an einer grossen, linksseitigen Leistenhernie litt. Er erkrankte plötzlich unter heftigen Erscheinungen von Darmverschluss bei leicht reponibler Hernie.

Nach vergeblicher Anwendung der üblichen Maassnahmen (Klysmata, Magenausspülungen etc.) wurde am 3. Tage des bestehenden Ileus die Operation (Laparotomie) vorgeschlagen, aber verweigert, weil Patient schon früher an ähnlichen Erscheinungen gelitten hatte und wieder genesen war.

Am 7. Tage, bei andauerndem Kothbrechen, wurde die Operation von Seiten des Patienten dringend verlangt und gemeinschaftlich mit den Collegen Dr. *Fetzer*, Dr. *Müller* und Dr. *Frey* ausgeführt. Unsere Hoffnung stützte sich auf den relativ guten Kräftezustand des Patienten, welcher ohne Stütze vom Bett zum Operationstisch gehen konnte, und auf seine Behauptung 2 Mal während der 7 Tage flatus gehabt zu haben, so dass an eine vorübergehende Unterbrechung des Darmverschlusses gedacht werden konnte.

Die Vorbereitungen zur Operation konnten mit aller Umsicht und Musse getroffen werden.

Zur Desinfection des Zimmers dienten Dampfsprays etc., so dass von dieser Seite eine Beeinträchtigung des Erfolges nicht zu fürchten war. — Bei Eröffnung der Bauchhöhle zeigte sich die Kuppe einer langgestreckten Dünndarmschlinge in der Nähe der oben erwähnten Bruchpforte mit der Bauchwand verwachsen. An ihrer Basis war die Darmschlinge durch eine Achsendrehung abgeschnürt. Die Verwachsung und Achsendrehung konnten leicht gelöst und so die Passage des Darminhalts wieder frei gemacht werden; hingegen war der Dünndarm, oberhalb des Hindernisses, an 6 weit auseinander liegenden Stellen gangränös und der ganze Darm von einer derart brüchigen Beschaffenheit, dass an eine regelrechte Resection gar nicht zu denken war. Pat. starb kurz nach Beendigung der Operation.

Wir waren alle darin einig, dass die Operation am 3. oder 4. Tage (als sie zum ersten Mal vorgeschlagen wurde) ausgeführt, wahrscheinlich ein gutes Resultat gegeben hätte.

Bei diesem Anlass wurde auch folgende beherzigenswerthe Frage aufgeworfen. Bei der relativen Häufigkeit solcher Fälle wie der vorliegende tritt an den Landarzt heutigen Tags öfters die Pflicht heran, eine Laparotomie zu machen, wenn die Evacuation des Kranken in eine Klinik aus irgend einem Grund unmöglich ist. Niemand kann aber von dem practischen Arzt verlangen, dass er die Uebung, noch viel weniger den Instrumentenapparat besitze, welcher zu einer solchen Operation gehört; es sollten sich daher einige Aerzte für solche Fälle einrichten, den nöthigen Apparat in transportabler Form anschaffen, um vorkommenden Falls auf telegraphische Anfrage dem bedrängten Collegen (natürlich unentgeltlich) zu Hülfe zu eilen, eine Art fliegender Ambulancen.

Vereinsberichte.

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

Dritte Sitzung im Wintersemester 1887/88, Dienstag den 6. Dezember 1887, Abends 8 Uhr, im Casino.[1])

Präsident: Dr. *Schaerer.* — Actuar: Dr. *Dumont.*
Anwesend 24 Mitglieder und 3 Gäste.

1. Apotheker *James Kunz* bringt aus dem Laboratorium von Prof. Dr. *v. Nencki* „Bacteriologische Mittheilungen" über:

a. **Producte des Bacillus Strumitis Tavel.** Derselbe wurde im Grossen in zuckerhaltiger, schwach alcalischer Gelatine gezüchtet. Um das von diesem Bacillus gebildete Gas untersuchen zu können, wurden Culturen in besonders dazu hergerichteten Kolben angelegt. Das Gas erwies sich als Kohlensäure. Die mittelst Barythydratlösung titrimetrisch bestimmte Menge derselben zeigte an, dass 140,0 Gelatine, welche nur 2% Traubenzucker enthalten, und welche nach der Inficirung nur 3 Tage lang bei Zimmertemperatur und zuletzt 12 Stunden bei 32° gestanden hatte, 15 Milligramm oder 7 ccm. reine Kohlensäure producirt hatten. Da die Culturen lebhaft sauer reagirten, so musste auch noch eine Säure gebildet worden sein. Der Masse wurde nun etwas HCl hinzugefügt, um gebildete Salze zu zerlegen, und so viel Wasser, bis sie flüssig blieb. Hierauf wurde erwärmt, filtrirt und mit Aether ausgezogen. Der Aether hinterliess nach seinem Abdunsten eine gelbliche Flüssigkeit und eine ganz geringe Menge einer krystallinischen Substanz, welche bei der Analyse sich als aus Fettsäuren bestehend erwies. Die gelbe Flüssigkeit wurde mit Zinkoxyd gekocht, filtrirt und zur Krystallisation eingeengt. Die Krystalle zeigten bei ihrer Prüfung, dass sie aus Zinklactat bestunden. Nach öfterem Umkrystallisiren, wobei ein guter Theil verloren ging, wurde der Krystallwassergehalt bestimmt, nach welchem hier die gewöhnliche Gährungsmilchsäure oder Aethylidenmilchsäure vorlag. In grösserer Menge erhält man die Milchsäure, wenn man den Bacillus in einem Substrat züchtet, das aus 0,25 Pepton, 0,125 NaCl, 5,0 Traubenzucker und 100,0 Wasser besteht und welchem zur Bindung der Säure Calciumcarbonat beigegeben ist.

Die nach *Brieger*'s Methode ausgeführte Untersuchung auf Ptomaïne ergab nur Spuren eines Körpers, welcher mit Phosphormolybdänsäure gefüllt wurde und mit Platinchlorid und Picrinsäure ein amorphes Doppelsalz bildete. Die Platinbestimmung ergab 31,1% Pt.

b. Die Farbstoffe des grünen Eiters. In Reinculturen des betreffenden Bacillus konnten nicht nur die beiden im blauen Eiter angetroffenen Farbstoffe Pyocyanin und Pyoxanthose isolirt werden, sondern es wurde noch ein dritter Körper nachgewiesen, welcher bei auffallendem Licht eine schön grüne Fluorescenz darbietet. Dieser Körper ist nur in Wasser und verdünntem Alcohol löslich und wurde vorläufig Pyofluorescin genannt.

c. Das phosphorescirende Bacterium Pflügeri. Dasselbe scheint in flüssigen Nährmedien gar nicht zu wachsen, weder bei Zimmer- noch bei Bruttemperatur. Auf zuckerhaltiger Nährgelatine wächst dasselbe ebenso gut, wie auf gewöhnlicher, bildet dabei Blasen, phosphorescirt aber nicht.

d. Eine neue Nährlösung, welche den Vorzug hat, dass sie keine Peptone enthält, welche die Untersuchung von Bacterienculturen auf Ptomaïne so sehr erschweren. Dieselbe enthält hauptsächlich Amidosäuren und ist fast farblos, so dass man das Wachsen der Microben sehr leicht wahrnimmt. Sie wird durch Digeriren von Eiweiss, Ochsenpancreasdrüsen und Wasser bereitet.

e. Die von *Bujwid* und *Dunham* vor Kurzem vorgeschlagene Cholerareaction,

---

[1]) Erhalten den 22. December 1887. Redact.

welche zur Diagnostik der Cholerabacterien dienen sollte. Dieselbe wurde sowohl mit Choleraculturen, wie auch mit Jodol und salpetriger Säure demonstrirt.

In der Discussion macht Prof. *v. Nencki* darauf aufmerksam, dass, seitdem wir wissen, dass das Choleraroth für den Cholerabacillus nicht charakteristisch ist, diese Reaction des Cholerarothes für die Diagnostik auch von geringer Bedeutung ist.

2. Dr. *A. v. Ins* demonstrirt **einen Fall von Lichen ruber planus,** der fast über den ganzen Körper der 23jährigen Patientin ausgebreitet ist in der Form von flachen mohnkorn- bis fast linsengrossen, wenig prominirenden, rothen, wachsglänzenden, lange bestehenden Knötchen, welche sich nie weder in Bläschen, noch Pusteln, noch nässende Flächen umwandeln. Sie vereinigen sich an ausgedehnten Stellen zu bohnen- bis flachhandgross sich rauh anfühlenden Scheiben, die auf dunkelrothem, wenig prominirendem Grund mit weissen festhaftenden Schuppen bedeckt sind. Diese Stellen sind einer alten Psoriasisfläche nicht unähnlich; es fehlen aber die der Psoriasis eigenen Symptome. Der Vortragende sah die Krankheit hier recht selten und noch nie in dieser Ausdehnung. Die microscopische Untersuchung der Knötchen sei noch nicht fertig, so dass er nicht über Anwesenheit oder Abwesenheit der von *Lassar* bei Lichen gesehenen Microben berichten könne.

Bei der Therapie erwähnt der Vortragende der von *Hebra* sen. eingeführten Cur mit grossen Dosen Arsenik, welche fast immer eine gute Heilung zu Stande bringe, aber allerdings erst nach Wochen und Monaten; er zieht deshalb die von *Unna* empfohlene, raschere Besserung und Heilung versprechende Sublimat-Carbol-Schmiercur vor, welche darin besteht, dass der Kranke, bei vorsichtiger Mundpflege, täglich zwei Mal am ganzen Körper mit der Salbe eingerieben und zwischen wollenen Decken ins Bett gelegt wird. Die Salbe besteht bekanntlich aus 4% Carbol, 4‰ Sublimat auf ein passendes Salbenconstituens, meist Ungt. Zinc. benzoat. oder Ungt. Diachyl. Hebræ. Der Billigkeit wegen, könnte nach *Unna*, statt obiger Salben, als Constituens auch ein mit Bolus passend eingedicktes Kalkliniment versucht werden.

Der Vortragende behält sich vor, auf diesen Fall vielleicht im Zusammenhang mit andern zurückzukommen.

In der Discussion frägt Prof. *v. Nencki* an, ob der Vortragende versucht habe, von den Knötchen auf Nährgelatine zu züchten. Da es sich bei dieser Hautaffection wahrscheinlich um eine parasitäre Krankheit handle, so wären solche Versuche entschieden sehr fördernd. — Im Uebrigen begrüsst es der Redner lebhaft, dass ein Neubau des äussern Krankenhauses in unmittelbarer Nähe des Inselspitales und der damit verbundenen wissenschaftlichen Institute beschlossene Sache sei, indem es so beiden Theilen (dem Practiker, wie dem Theoretiker) viel leichter sein werde, gemeinsam zu arbeiten.

Auf die Frage von Prof. *v. Nencki* erwidert der Vortragende, dass er die Versuche noch nicht gemacht, sie aber anstellen werde.

Oberfeldarzt Dr. *Ziegler* sieht nicht ein, warum man bei der Behandlung des Lichen zwei so heftige Mittel: Carbol und Sublimat, gleichzeitig anwende. Er frägt sich, ob nicht das Eine der Beiden allein genügen würde. So weiss man nicht recht, auf welches der beiden Mittel die Wirkung fällt. Es scheint ihm dieses Vorgehen eine gewisse Unklarheit in sich zu schliessen.

Darauf antwortet Dr. *v. Ins*, dass nach den Versuchen von *Unna* sowohl Sublimat als Carbol einzeln, aber combinirt in viel höherem Grade gegen Lichen ruber wirksam seien. Auch er werde diese Medicamente theils einzeln, theils combinirt versuchen.

Dr. *Schaerer* frägt an, ob man einen Lichen ruber nicht in ein Schwefelbad, z. B. Schinznach, schicken könne?

Dr. *v. Ins* glaubt nicht. Schon der alte *Hebra* hat gegen diese Krankheit die verschiedenen Schwefelmittel erfolglos angewandt.

Dr. *Sahli* möchte im Anschluss an das Votum von Dr. *Ziegler* daran erinnern, dass man schon mehrfach versucht habe, zwei Mittel zu combiniren. Man sei dabei darauf ausgegangen, die beiden Mittel in ihrer Wirkung sich summiren zu lassen. Er weist auf

die Arbeit von *Lépine* (Lyon) hin, welche über Combination verschiedener Antiseptica handelt. Derselbe hoffte durch diese Combination die antiseptische Wirkung zu summiren und die schädlichen Nebenwirkungen der Mittel auszumerzen. — Ob es sich bei der Behandlung des Lichen ruber nun auch um eine solche beabsichtigte Summation des Carbols und des Sublimats handle, könne er nicht angeben.

Dr. *Ziegler* meint, dieses letztere werde kaum der Fall sein. Die Zusammensetzung der Salbe, wie sie *Unna* angibt, scheint die volle Wirkung der beiden Mittel zu erwarten. — Bei einer Hautkrankheit von der Dauer des Lichen glaubt er, es wäre immer vorsichtiger, zunächst eine Hautstelle mit dem einen, eine andere mit dem zweiten Mittel oder auch eine dritte mit beiden Mitteln zusammen zu betupfen und darauf erst die endgültige Behandlung zu bestimmen.

Apotheker *W. Studer* hält die Zusammensetzung der *Unna*'schen Salbe für keine richtige in sofern, als durch das dabei in Anwendung gezogene Kalkliniment das Sublimat gebunden wird und ausser Wirkung tritt.

Dr. *Dutoit* möchte betreffs Combination mehrerer Mittel an die Verbandmethode von *Lister* erinnern, wie er sie im Laufe dieses Sommers bei ihm beobachten konnte. Derselbe combinirt nämlich das Sublimat mit Carbolöl.

3. Dr. *Dumont* demonstrirt das als Ersatzmittel der Carbolsäure neuerdings in die Medicin eingeführte **Creolin** (von Apotheker *Hausmann* in St Gallen).

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

11. Wintersitzung den 26. März 1887. [1])

Präsident: Dr. *H. v. Wyss.* — Actuar: Dr. *W. Schulthess.*

I. Das Präsidium widmet dem heimgegangenen Dr. *Carl Meyer-Wegmann* Worte der Erinnerung. In ihm haben die Zürcher Aerzte einen ihrer tüchtigsten Collegen verloren. Der Verstorbene, den vor Allem ein gerader und offener Charakter auszeichnete, war seinen Clienten ein gewissenhafter Rathgeber, seinen Standesgenossen gegenüber bewahrte er strengste Collegialität. Stets hielt er wie kein anderer die Standesehre hoch und verdiente schon deshalb die Anerkennung der Collegen in hohem Maasse.

Die Anwesenden ehren in üblicher Weise das Andenken des Verblichenen durch Erheben von den Sitzen.

II. Dr. *Wilh. v. Muralt* weist anlässlich der Erinnerungsworte des Präsidenten und mit Bezug auf den in einer der letzten Sitzungen von Herrn Dr. *Brunner* gehaltenen Vortrag drei Portraitstiche des berühmten *Brunner* von Diessenhofen vor. Sie gehören der Sammlung der Arztfamilie *Meyer* im Felsenegg an. Aus der ursprünglich Lochmann'schen Sammlung von Portraiten von Theologen, Staatsmännern, Philologen und Aerzten (von der etwas über 8000 Blätter der zürcherischen Stadtbibliothek geschenkweise einverleibt wurden), kam durch Erbschaft der medicinische Theil an Herrn Spitalarzt Dr. *Meyer*, den Grossvater unseres jetzt verstorbenen lieben Freundes, und wurde namentlich von ihm und seinem Sohne, Herrn Dr. *C. Meyer-Hoffmeister*, auf's sorgfältigste gepflegt und vermehrt. Sie enthält zugleich ausserordentlich werthvolle biographische Notizen und ist jedem Collegen, der sich mit ärztlich-historischen Studien beschäftigt, sehr zu empfehlen. Diese Sammlung, die betreffend Reichhaltigkeit und Vielseitigkeit wohl einzig in ihrer Art ist, legt ein beredtes Zeugniss ab von dem idealen Streben, das durch Generationen hindurch die Familie unseres lieben Freundes beseelt hat.

III. Dr. *Seitz* theilt mit, dass der von ihm in einer früheren Sitzung dieses Winters vorgestellte Fall mit Varicellen keine Infectionen nach sich gezogen hat.

IV. Dr. *Kerez*: **Kindersterblichkeit und Milchversorgung.** Auf den Wunsch von Dr. *Kerez*, zuerst das Referat über Milchversorgung anzuhören und dann über das

---

[1]) Erhalten den 19. November 1887. Redaction.

Ganze zu discutiren, wird durch Abstimmung eingegangen, gegenüber dem Antrag von Dr. *Zehnder*, der die Discussion über den ersten Theil jetzt wünscht.

Den Inhalt des Vortrages über Milchversorgung (s. „Correspondenzblatt" Nr. 24, 1887).

Discussion. Es wird Eintreten auf die Discussion in zwei den Vorträgen entsprechenden Theilen beschlossen.

In der Discussion über die Statistik lässt Dr. *Zehnder* Zweifel laut werden über die relativ hohe Sterblichkeitsziffer und erinnert an die Möglichkeit, dass diese Zahl durch Mitzählen der in den „Gesundheitsblättern" unter den Krankheitsursachen figurirenden Todtgeburten beeinflusst sei, was auch zugestanden wird. [1]) Ferner findet er, dass zum Vergleich mit Zürich kein gleichartiges Material gewählt worden sei. Z. B. ist Zürich inclusive Arbeiterquartier Aussersihl gegenübergestellt Basel ohne Arbeiterquartier. Die Genfer Statistik musste, aus relativen Percentverhältnissen, erst construirt werden und ist deshalb jedenfalls doch nicht ganz zuverlässig. Dr. *Zehnder* weist ferner an Zahlenreihen nach, dass Zürich einen ähnlichen Ueberschuss an Geburten aufweist wie Basel, einen bedeutend grössern als Genf und Bern. Da dieser nach seiner Ansicht direct auf die Salubrität einer Stadt schliessen lässt, so steht Zürich durchaus nicht schlimm da.

Dr. *Kerez* hat zum Vergleich mit Zürich, Genf und Basel deshalb gewählt, weil diese nach Zürich die grössten und industriellsten Schweizerstädte sind. Der Einwand wegen den Arbeitergemeinden in Basel ist zwar richtig, aber Binningen und Birsfelden influenziren die Statistik nach den Mittheilungen von Dr. *Lotz* und dem eidg. statistischen Bureau so weit ersichtlich nur in geringem Grade. Binningen und Birsfelden hatten im Jahr 1886 bei 41,9‰ Geburten, 22,6% Säuglingssterblichkeit, wobei die Enteritis in 44,1% der Gestorbenen als Todesursache figurirt. Es ist zu berücksichtigen, dass nach den Angaben von Dr. *Lotz* in Kleinbasel mit starker Arbeiterbevölkerung (20,503 Einwohner) die Säuglingssterblichkeit pro 1876—85 bei einer Geburtenzahl von 37,4‰ nicht mehr wie 21,0% betragen hat. Die hohe Enteritissterblichkeit glaubt Dr. *Lotz* nur auf eine Registrirung zurückführen zu müssen, welche, weil auch die secundären Fälle umfassend, genauer ist, als diejenige anderer Orte. Dass Zürich bei niedrigerer Geburtenziffer eine höhere Säuglingssterblichkeit aufweist als Basel, ist eine Belastung für Zürich.

Das Präsidium fragt darauf die Gesellschaft an, ob sie zur Frage der Milchversorgung Stellung zu nehmen, eventuell den Antrag des Referenten (Ueberweisung an eine Commission) anzunehmen gedenke.

Dr. *Seitz* betrachtet die Sache als zu schwierig und zu weitgehend für die Gesellschaft. Die Schwierigkeiten sind seiner Ansicht nach hauptsächlich technische, zu deren Ueberwindung ihm unsere Gesellschaft nicht geeignet zu sein scheint.

Actuar nimmt den Antrag des Referenten auf, die Frage einer Commission zur Berathung zu überweisen. Die Commission soll die Competenz haben, sich durch geeignete Elemente zu vergrössern und soll der Gesellschaft über ihre Thätigkeit referiren.

Dr. *Kerez* erwidert, dass er nicht der Ansicht gewesen sei, die Gesellschaft solle sich practisch bei der Milchversorgung betheiligen: sie soll nur den Anstoss geben zur Einführung einer einheitlichen Milchbeschaffung, der sie das Protectorat verleiht.

Dr. *Seitz* erklärt sich mit einer Commission, die präparatorisch vorgeht, einverstanden.

Es wird zur Wahl der Commission geschritten. Gewählt werden die Herren Prof. *O. Wyss*, Dr. *Egli*, Dr. *Kerez*.

V. Dr. *Egli-Sinclair*. Demonstration des *Soxhlet*'schen und seines eigenen **Milch-Kochapparates** für die Ernährung des Säuglings.

Mit der Einführung der sog. Kindermilch in die Ernährungsweise des Säuglings ist immerhin ein Schritt vorwärts gethan worden. Doch hat der Arzt noch viel zu häufig

---

[1]) Die in Nr. 23 des „Correspondenzblattes" enthaltene Veröffentlichung des Vortrages enthält die corrigirten Zahlen.



Ernährungsstörungen des Säuglings zu bekämpfen, die nur auf Fehler in der Behandlung und Verabreichung der Nahrung zurückzuführen sind. Vortragender glaubt nun, dass die bacteriologischen Untersuchungen der Neuzeit auch für die künstliche Ernährung des Säuglings auf die richtige Spur geführt haben.

Es ist daran zu erinnern, in erster Linie, einerseits, dass nach *Lister* die Milch im Euter frei von Microorganismen, dass es nach *Escherich* auch die Frauenmilch in der Brust ist, dass dagegen der gemolkenen Milch durch den Zutritt der Luft und die mechanische Verunreinigung beim Melken und den spätern Manipulationen, denen sie unterworfen wird, eine Menge Culturen von Gährungspilzen zugeführt werden; in zweiter Linie, dass nach *Escherich* im Milchkothe des Säuglings nur zwei obligate Bacterienformen vorkommen, während alle andern Formen nur inconstante, facultative, von der Nahrungsaufnahme abhängige Gährungserreger sind, und dass nach *Sucksdorff* auch beim Erwachsenen durch Aufnahme sterilisirter Nahrung der Bacteriengehalt des Kothes in sehr hohem Grade verringert wird.

Können nun durch Verabreichung sterilisirter Milch jene Ernährungsstörungen beim Säuglinge nicht zum grössten Theil vermieden werden?

Die seit über Jahresfrist durch Vortragenden gemachten Beobachtungen lehren, dass das wirklich möglich ist. Ausgehend davon, dass in offenem Gefäss gekochte Milch nur eine Temperatur von 84° C. erreicht, bei dieser Temperatur aber kaum alle Gährungserreger zu Grunde gehen, hat Vortragender seit lange Kindermilch in verschlossenem Gefässe, in Flaschen mit Patentverschluss im Wasserbade kochen lassen, wobei die Milch 99° C. erreicht und wenigstens vom rein practischen Gesichtspunkte aus sterilisirt wird. Um die Versuche nicht durch Vorurtheil und Ungeschicklichkeit zu trüben, liess Vortragender das Verfahren nur von ganz intelligenten Müttern, welche Kinder schon nach sonst landesüblicher Art ernährt hatten, beobachten. Das Resultat ist ein durchaus günstiges, wie an einigen Beispielen nachgewiesen wird. Im Laufe der Versuche ist dann Vortragender zur Construction seines Milch-Kochapparates gelangt, welchen er vorweist und zum Gebrauche erklärt.

Anschliessend demonstrirt Vortragender den zu gleichem Zwecke erfundenen Apparat von Prof. *Soxhlet* (München). Vide Münchener medicinische Wochenschrift Nr. 15 und 16, 1886. Vortragender tadelt am *Soxhlet*'schen Apparate: 1) die Kleinheit der Flaschen: ein vorgerückteres Kind trinkt grössere Portionen; eine angebrochene zweite Flasche darf nicht zu wiederholtem Gebrauche zurückgestellt werden: der Ueberschuss des Inhaltes geht verloren; 2) die Verwendung von Saugschläuchen, denen *Soxhlet* nämlich den Vorzug gibt, die aber unmöglich rein zu halten sind; 3) die Complicirtheit wenigstens für die Durchschnittsintelligenz der Pflegerinnen und Mütter und 4) den entsprechend höhern Preis. Bei Wegfall dieser Nachtheile an seinem eigenen Apparate, glaubt Vortragender diesem noch besonders den Vorzug geben zu dürfen, weil sich dabei die Sterilisirung auch auf die Saugspitzen erstreckt.

Nachtrag. Es wird mir von gewisser Seite der Vorwurf gemacht, mein Apparat sei nur eine Nachbildung des *Soxhlet*'schen. Ich muss das bestreiten und kann *Soxhlet* nur die Priorität der Publikation zuerkennen. Auch hat *Soxhlet* seinen Apparat als Chemiker, Milchtechniker, ich den meinen als Arzt am Kinderbette erfunden, und wenn übrigens Zehn sich an die Aufgabe gemacht hätten, so wären sicher Neun zu ganz ähnlicher Construction gelangt. Dr. *E.-S.*

12. Wintersitzung Samstag den 23. April,[1]) Abends 7 Uhr, im pathologischen Institut.

Präsident: Dr. *H. v. Wyss.* — Actuar (in Vertretung): Dr. *Lüning.*

Prof. *Klebs* berührt zunächst in einem historischen Rückblick die **Lehre von der Entzündung.** Heute steht fest, dass bei derselben die Betheiligung der fixen Gewebselemente mit derjenigen der emigrativen sich combinirt. Schwere emigrative Processe

[1]) Erhalten 19. December 1887. Red.



(schwere Infectionen, z. B. septische) führen mehr zur Destruction, leichtere (als Beispiel dient die entzündliche Nephritis) zur cellulären Neubildung. Kommen nun aber Entzündungen vor, bei denen nur die fixen Gewebselemente eine Rolle spielen? Vortragender bejaht dies. Solche Processe im Sinne der alten *Virchow*'schen parenchymatösen Entzündung gibt es in der That (z. B. Keratitis parenchymatosa). Vortragender erwähnt nun einige hierhergehörige, auf dem Sectionstische von ihm beobachtete Fälle:

1) Ein junger Mann mit multipler Darmperforation, auf der *Krönlein*'schen Klinik laparatomirt. Die Perforationen befanden sich im obersten Jejunum, ein grösseres Geschwür war nicht vorhanden, Typhus sicher ausgeschlossen. Der microscopische Befund ergab Zerstörung der Zotten; der Rest der Darmwand, besonders in der Mucosa, war in ein zartes, grosszelliges Granulationsgewebe umgewandelt. Die zellige Emigration war sehr gering und lieferte nur Material für die parenchymatöse Neubildung. Vorzugsweise handelte es sich um hyperplastische Entwicklungen der feinen Bindegewebezellen, der Parenchymzellen, also um eine echte parenchymatöse Entzündung. Die gleichzeitig, aber nur in den peritonitischen Auflagerungen gefundenen Microorganismen (Coccen), sind nur für die Erklärung der frischen entzündlichen Veränderungen maassgebend und entweder vom Darm aus oder, was weniger wahrscheinlich, bei der Operation hineingelangt.

2) Aehnliche Formen finden sich in der Lunge in den Fällen, wo die croupöse Pneumonie übergeht in chronische interstitielle, wie das häufig bei Geisteskranken vorkommt.

3) Im centralen Nervensystem sind diese Formen der Entzündung durch zwei verschiedene Processe vertreten, welche von den beiden Arten der zelligen Elemente ausgehen, die das Grundgewebe zusammensetzen, den Sternzellen, welche mit den Blutgefässen zusammenhängen und ein zusammenhängendes weitmaschiges Netz darstellen, welches seiner Anordnung gemäss entweder blos als Stützsubstanz dient, oder auch, wie der Vortragende annimmt, ein Saftcanalsystem darstellt, und den eigentlichen Gliazellen, welche die feinkörnige oder nach *Gerlach* feinfaserige Grundsubstanz bilden. Die ersteren gehören dem mittleren Keimblatte, die zweiten dem Epiblasten an und bilden die Matrix für die nervösen Substanzen des Centralnervenapparates. Vieles, was mit den Methoden von *Golgi* gefärbt wird, gehört der ersten, mesoblastischen Gewebsgruppe an; ihr Zusammenhang mit nervösen Elementen bleibt ein rein äusserlicher, dient vielleicht der Ernährung der Nervenzellen.

Diese beiden Arten von Grundgewebe liefern, wie sie im normalen Organ gesondert sind, auch unter pathologischen Zuständen verschiedene Formen von Neubildungen, welche ihrem Verlaufe nach in das Gebiet der parenchymatösen Entzündung gerechnet werden müssen. Weitere Entwicklung der Sternzellen liefert die bekannten Formen der Gehirn- und Rückenmark-Sclerose, auf welche hier nicht besonders eingegangen werden soll; Präparate und Zeichnungen werden diese Zustände demonstriren.

Dagegen gibt es eine zweite Form der Gehirnsclerose, die als diffuse bezeichnet werden kann, welche wesentlich an den eigentlichen Gliazellen abläuft und die Sternzellen gänzlich intact lässt. Ob alle Fälle diffuser Hirnsclerose hieher gehören, muss der Vortragende unentschieden lassen. Eine besonders prägnante Form fand derselbe in einem Fall von erblicher Chorea, welcher seither von Dr. *Armin Huber* in *Virchow*'s Archiv beschrieben worden ist. Klinisch ist dieselbe ausserdem durch die grosse Ausbreitung der choreatischen Bewegungen, sowie durch ihr Auftreten in einem späteren Lebensalter charakterisirt.

Von einer solchen Familie, Wegmann, wurde schon ein Mitglied von *Eberth* secirt, ohne Befund. Bei einem andern, einem 25jährigen in Rheinau verstorbenen Frauenzimmer, fand Vortragender ausgedehnte Pachymeningitis hæmorrh. mit Verkleinerung der ganzen Gehirnsubstanz und Erweiterung der Ventrikel. Die graue Substanz participirt nicht an der Verkleinerung, sondern nur die weisse. Bei der gewöhnlichen Chorea waren die Befunde bisher negativ. Hier fanden sich nur geringe Veränderungen von Consistenz

und Farbe, zum Theil scharf umschriebene, zum Theil verwaschene Herde. Mittelst Hæmatoxylin-Eosin-Färbung tingirte Schnitte zeigten in diesen Herden eine überaus mächtige Zellneubildung, 3—4 grosse und mehr kleine Zellen mit grossen Kernen in einem Haufen. Es sind dies keineswegs emigrirte Leucocyten, da die Gefässwand frei oder blos die Endothelien im perivasculären Raum hyperplastisch sind. Während bei der multiplen Sclerose, mit der das klinische Bild gewisse Aehnlichkeiten aufweist, die Sternzellenbildung (*Deiters*) sehr mächtig ist, ist bei dieser Chorea die eigentliche epiblastische Neuroglia hyperplasirt. Weiter fand sich Verdickung einzelner Nervenfasern in der weissen Substanz, welche wohl als ein secundäres Phänomen aufzufassen ist, hervorgerufen durch die Compression Seitens der verdichteten Zwischensubstanz, ebenso wie die an vielen Stellen mittelst der *Weigert*'schen Methode nachweisbare Atrophie zahlreicher anderer Nervenfasern.

Einen weiteren, in diesem Falle von erblicher Chorea, ebenso aber auch, wenn gleich seltener, bei der multiplen Hirnsclerose gemachten bemerkenswerthen Befund bilden hyaline, mit Eosin und Carmin sich roth färbende Thromben, welche in den Blutgefässen der weissen Hirnsubstanz vorkommen. Dieselben bilden entweder kuglige oder maulbeerförmige Körper, welche frei in den kleinsten Arterien und Capillaren liegen, ohne das Lumen derselben auszufüllen; seltener bilden sie längere Pfröpfe, an deren Enden vielfach noch die Entstehung aus zusammenschmelzenden kugligen Massen wahrzunehmen ist. Der Vortragende nimmt an, dass dieselben aus einer Verschmelzung hyalin entarteter rother Blutkörperchen hervorgehen und eine durchaus locale Entstehung haben. (Bei der Untersuchung des Hautblutes eines gleichfalls mit Chorea behafteten Bruders der Wegmann konnten sie von Herrn Dr. *Huber* nicht nachgewiesen werden.) Jedenfalls sind sie keine Erscheinung, welche der hereditären Chorea eigenthümlich ist oder gar die Ursache derselben bildet. Vielmehr bleibt auch hier nur die Annahme übrig, dass sie aus localen Circulationsstörungen hervorgehen, welche durch die Gefässcompression Seitens der schrumpfenden Hirnsubstanz bewirkt werden.

Ueber die Ursachen dieser echten parenchymatösen Entzündungen ist vor der Hand wenig zu sagen, da wir sie nur in ihrem späteren Verlaufe kennen. In ihrem ersten Anfange mögen sie wohl ebenfalls zum Theil infectiöser Natur sein; sicherlich spielt aber bei ihnen eine Umwandlung der Gewebs-Vegetation eine bedeutende Rolle. Dieselbe kann ebenso wohl sich auf dem Wege erblicher Uebertragung fortpflanzen, wie sie im Anschluss an infectiöse Processe entsteht, vielleicht unter dem Einfluss nervöser Störungen, wie man aus dem bemerkten auffällig häufigen Vorkommen chronisch parenchymatöser (interstitieller) Pneumonien bei Geisteskranken schliessen könnte.

Der Vortrag wird durch zahlreiche microscopische Demonstrationen unterstützt.

Discussion: Dr. *v. Monakow* sah ähnliche Gewebsveränderungen bei einer Form von Blei-Psychose. Was die Spinnenzellen betrifft, so hält er sie nicht nur für Saftcanal-Elemente; zum Theil sind es wohl Artefacte oder Ganglienzellen in gewissen Stadien der Degeneration.

Prof. *Klebs* stimmt mit letzterm überein, betont aber ihre regelmässige Vertheilung (*Golgi*) bei normalen Gehirnen; dort kann man auch die Kerne nachweisen. — Im Uebrigen sind choreatische Erkrankungen gerade bei Metallvergiftungen beobachtet.

Prof. *O. Wyss* dankt dem Vortragenden für die strenge anatomische Auseinanderhaltung von Chorea und multipler Sclerose, wie ja auch die klinischen Erscheinungen, die Art der Intentionsbewegungen, ganz verschieden sind.

Prof. *Klebs:* Beides sind doch wohl partielle Unterbrechungen der Leitungsbahnen. Gerade bei multipler Sclerose fand Vortragender auch die hyalinen Massen in dem Gefässsystem.

Dr. *H. v. Wyss* bemerkt, dass ausgesprochene Chorea bei chronischer Bleivergiftung und experimentell bei Hunden beobachtet ist. Er frägt an, ob jene hyalinen Thromben sich nicht als Plättchenthrombose deuten liessen? Vortragender verneint dies.

Wegen vorgerückter Zeit verschiebt Hr. Dr. *Suchanek* seinen angekündigten Vortrag auf eine andere Sitzung.

Geschäftliche Mittheilungen des Präsidiums:

Herr Dr. *Meier* in Thalweil nimmt seinen Austritt aus der Gesellschaft wegen Wegzug.

Als Antwort auf die Anfrage von Prof. *Herzen* in Lausanne bezüglich Autoreferaten bald nach den Sitzungen wird beschlossen, die Initiative hiezu dem Anfragesteller zu überlassen.

Revision der Vereinsrechnung: Der Revisor, Dr. *Nüscheler*, am Erscheinen verhindert, berichtet schriftlich. Das Vereinsvermögen beträgt z. Z. Fr. 4114. 95. — Die Rechnung wird dem Quästor abgenommen und verdankt.

Ein Schreiben des Herrn Ingenieur Ruge wünscht Stellungnahme des Vereins zum, resp. gegen das Tunnelproject für die Zürichbergbahn. Proff. *Haab* und *O. Wyss* halten, namentlich im Interesse der das Kantonsspital und die Poliklinik aufsuchenden Patienten, die oberirdische Bahn für empfehlenswerther, welcher Ansicht sich das Präsidium und die Versammlung anschliessen. Auf Wunsch des Hrn. Ruge wird diese Ansicht der Gesellschaft der städtischen Gesundheitscommission mitgetheilt.

Dr. *Egli-Sinclair*. Vorweisung eines von ihm zusammengestellten einfachen **antiseptischen Tascheneteuis.**

Unumgängliche Requisite zur Antiseptik sind Seife, Bürste und Antisepticum; das Antisepticum muss genau dosirt werden können und durch Färbung auffällig sein.

Seife findet man in jedem Hause, die Nagelbürste fehlt oft in bessern Häusern. Das Etui enthält letztere und eine Flasche mit Sublimatlösung nach folgender Formel:

Hydrarg. bichlor. corros.	40,0
Aqu. dest.	200,0
Ammon. chlorat.	8,0
Nachtblau	0,1

Die Dosirung geschieht im hohlen Stöpsel der Flasche; eine Stöpseldosis auf einen Liter Wasser ergibt eine 0,1% wässerige, stark blau gefärbte Sublimatlösung, die jedem Laien auffällt. Vortragender gebraucht das Etui schon seit Monaten und empfiehlt es besonders Geburtshelfern und Hebammen.

Dr. *W. v. Muralt* ist für die *Angerer*'schen Pastillen wegen des Kochsalzgehaltes, die sich rasch lösen, damit man jedes beliebige, auch hartes Wasser brauchen kann, in dem sich Sublimat sonst schlechter löst, resp. ausfällt. In neuester Zeit werden dieselben mit Eosin roth gefärbt.

Dr. *Egli* bestreitet die rasche, wenigstens für den beschäftigten Practiker genügend rasche Löslichkeit der Sublimatpastillen; ihre Lösung hat eine dem Laien durchaus nicht so auffallende Färbung. Ihr Gebrauch muss aus nahe liegenden Gründen absolut auf den Arzt, speciell den Chirurgen beschränkt bleiben. Dr. *E.* beharrt auf den Vorzügen seines Etuis für die tägliche Praxis der Aerzte und Hebammen.

Vorstandswahlen: Auf Antrag von Dr. *W. v. Muralt* wird dem letztjährigen Vorstande der Dank für seine Amtsführung ausgesprochen und derselbe per acclamationem wiedergewählt

Nach einem Rückblicke des Präsidiums auf die wissenschaftliche Thätigkeit des Vereins im abgelaufenen Vereinsjahre Schluss der Sitzung und II. Act in der Kronenhalle.

Referate und Kritiken.

Compendium der Arzneiverordnung.

Von Dr. *Oscar Liebreich* und Dr. *A. Langgaard*. Medicinisches Recept-Taschenbuch. 2. Auflage, Abtheilung 1—3. Berlin 1887. Fischer's medic. Buchhandlung (H. Kornfeld).

Das vorliegende Werk ist kein Recept-Taschenbuch in gewöhnlichem Sinne. Es

gibt dem practischen Arzte eine sehr umsichtige Auswahl der bewährtesten, meist durch klinische Erfahrung geprüften Arzneiformeln und fügt denselben jedes Mal, und zwar in sehr übersichtlicher Weise, die wünschbaren Angaben über die Darstellung, die chemische Zusammensetzung und pharmacologische Wirkung, sowie die Dosirung der betreffenden Präparate bei. Neben den Vorschriften der deutschen haben auch diejenigen der österreichischen, französischen, englischen und amerikanischen Pharmacopoen gebührende Berücksichtigung gefunden. In Ermanglung einer einheitlichen deutschen Arzneitaxe wurden die Preise der betreffenden Recepte nach der von *Schering*'s grüner Apotheke in Berlin nach der preussischen Taxe aufgestellten Berechnung, am Schlusse des Werkes in einer tabellarischen Uebersicht, beigefügt.

Die alphabetische Anordnung der Bearbeitung, sowie die beigegebenen sehr vollständigen Sach- und Krankheitsregister ersparen beim Nachschlagen den bei anderer Anordnung des Stoffes oft so unliebsamen Zeitverlust. Es kann somit das vorliegende Compendium der Arzneiverordnung auch unsern schweizerischen Collegen als in jeder Beziehung zweckentsprechend empfohlen werden. *Demme*, Bern.

Traitement des raideurs articulaires (fausses ankyloses) au moyen de la rectification forcée et du massage.

Par le Dr. *Norström*. Paris 1887. 187 p.

Der bekannte Pariser Massage-Arzt (im Sommer in Ragatz), der sich schon mehrfach als Schriftsteller auf dem Gebiete der Massage bethätigt hat, gibt in dieser grössern Arbeit einen einlässlichen Bericht über die Technik und die Resultate seines Vorgehens bei Gelenksteifigkeiten und unvollständigen Ankylosen; die knöchernen sind natürlich von dieser Therapie ausgeschlossen. Das Eigenthümliche seines Verfahrens besteht in einer an das *v. Langenbeck*'sche „Brisement forcé" sich anlehnenden, aber auf zahlreiche Sitzungen vertheilten und ohne Narcose ausgeführten Correctur der Gelenkstellung und successiven Zerreissung der intra- und extracapsulären Adhärenzen mit der Absicht, unter allen Umständen ein bewegliches Gelenk wiederherzustellen, weshalb auch immobilisirende Apparate (Gypsverbände) nur ausnahmsweise und für kurze Zeit zur Verwendung kommen. Die Cur wird unterstützt, meist auch schon eingeleitet durch energische Massage der gereizten Gelenke und atrophischen Muskeln; namentlich die in Folge der forcirten Stellungsveränderungen (die Verfasser von den sonst üblichen „passiven Bewegungen" unterschieden wissen will) regelmässig eintretenden reactiven Anschwellungen der Gelenke und Weichtheile werden sofort der Massage unterworfen, ohne Anwendung weiterer Antiphlogistika. Die Behandlung beansprucht durchschnittlich einige Monate; die Patienten werden von Anfang an zu activen Bewegungen angehalten. In dieser Combination von Massage und forcirter Bewegung sieht *N.* auch das Originelle und Erspriessliche seiner Methode, und ohne mit ihm darüber rechten zu wollen, inwiefern ähnliche Verfahren auch anderwärts im Gebrauche sind, muss man dem Verfasser ohne Weiteres zugeben, dass wohl selten mit so viel Consequenz, Ausdauer und Geschicklichkeit gearbeitet wird; namentlich geht man gewiss vielfach in der Immobilisirung zu weit und verliert darüber die beste Zeit. Die mitgetheilten Resultate sind denn auch geradezu glänzende.

Die beiden einleitenden Capitel geben einen Rückblick auf die historische Entwicklung der Frage, besprechen die anatomische Natur der Ankylosen und die vorgeschlagenen unblutigen Heilverfahren. Ein drittes beschäftigt sich mit der Aetiologie der Gelenksteifigkeiten (traumatische, rheumatische, skrophulöse). Unter den traumatischen Formen sind die Aussichten besser nach Gelenkwunden, Distorsionen etc.; schlecht nach intraarticulären Fracturen. Die rheumatischen hängen prognostisch sehr von der Dauer des Leidens und der Zahl der Schübe ab; weniger Chancen bietet die Arthritis sicca (deformans). Bei den falschen Ankylosen skrophulöser Herkunft (Tumor albus), will Verfasser den Ablauf der entzündlichen Erscheinungen, Vernarbung der Fisteln etc. abwarten, kennt aber alsdann keine Contraindicationen; die fungösen Gelenkentzündungen hält er nicht alle für bacillär.

Im 4. Capitel werden zunächst die Verfahren von *v. Langenbeck*, *Nussbaum* und *Bonnet* beschrieben, hierauf die technischen Massnahmen des Autors und deren Aufein-

anderfolge im Allgemeinen geschildert. Die beiden letzten Abschnitte bringen das für den Fachgenossen Interessanteste, die genaue Beschreibung der Manipulationen und die Casuistik nach den verschiedenen Gelenken geordnet. Die Krankengeschichten sind exact und klar; nach Abzug von 14 aus der (meist ältern) Litteratur citirten bleiben 30 eigene Beobachtungen übrig, wovon in 25 Fällen die Function des Gelenks völlig wiederhergestellt, in 5 erheblich verbessert wurde. Darunter betreffen 4 das Schulter-, 2 das Ellbogen-, 5 das Hand-, 2 die Finger-, 3 das Hüft-, 10 das Knie-, 2 das Fuss- und 2 die Zehengelenke.

Aetiologisch war die Steifigkeit bedingt: 7 mal durch Traumen, 2 mal durch acute, 4 mal durch chronische Gelenkentzündungen, 3 mal durch acuten, 6 mal chronischen Gelenkrheumatismus, 2 mal Hydarthrose, 2 mal gonorrhoische Arthritis, 2 mal secundäre Contractur nach Muskelerkrankungen, 2 mal (abgelaufener) Tumor albus. Gerade in den beiden letzten Fällen, beides Kinder, ist das erreichte Resultat ein frappantes, äusserst beachtenswerthes.

Nur drei der Patienten sind Kinder unter 10 Jahren; die Methode ist Anfangs sehr schmerzhaft und verlangt die ganze Einsicht und Willenskraft eines Erwachsenen; die Gründe, die *N.* gegen die Narcose anführt, scheinen indessen dem Referenten nicht stichhaltig. Erwünscht wäre ferner eine Angabe, ob Verfasser nie Misserfolge, Vereiterungen, Schlottergelenke, Recidive tuberculöser Processe erlebt hat, ob sein gesammtes Material vorliegt?

So bestechend die beiden erwähnten Resultate sind, so dürfte doch, wenigstens in chirurgischen Kreisen, beim Tumor albus die Tendenz nach einer soliden Ankylose in guter Stellung ihre Vertheidiger finden. Dr. *Lüning.*

Grundriss der Chirurgie.

Von *C. Hueter.* Dritte Auflage. Ueberarbeitet von Prof. Dr. *Hermann Lossen* in Heidelberg. II. Band. Specieller Theil. Zweite und dritte, vierte und fünfte Abtheilung. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel. 1885.

Ueber den ersten, die allgemeine Chirurgie behandelnden Band dieses Lehrbuches sowie über die erste Abtheilung des zweiten Bandes, die specielle Chirurgie des Kopfes betreffend, haben wir bereits im Jahrgang 1886 des „Corr.-Blattes" (pag. 393) referirt.

Die beifällige Aufnahme, welche das Werk gefunden, zeigt sich am besten darin, dass es in kurzer Zeit bereits bis zur vierten Auflage gelangt ist.

Die hier in dritter Auflage vorliegenden Abtheilungen (2—5 des II. Bandes) behandeln die specielle Chirurgie des Halses, Rumpfes und der Extremitäten. Der Verfasser hat es mit Glück gewagt, sich von dem ursprünglichen, eng den *Hueter*'schen Standpunkt wiedergebenden Plane der ersten Auflagen zu emancipiren, und die jetzt allgemein acceptirten Anschauungen neben denen seines Vorgängers oder an Stelle derselben zur Geltung zu bringen.

Auch inhaltlich steht das Werk auf der Höhe der jetzigen Anforderungen, wie die zwar nicht sehr ausführlichen, für den Anfänger aber genügend gründlichen Capitel über die Chirurgie des Magens, der Leber, der Nieren etc. beweisen.

Die Gynäcologie ist in diesem Grundriss mit Recht ganz bei Seite gelassen.

Druck und Ausstattung des Buches sind vorzüglich, die Holzschnitte reichlich und sehr instructiv. *Münch.*

Handbuch der speciellen medicinischen Diagnostik.

Von *J. M. Da Costa.* Deutsch bearbeitet von *H. Engel* und *C. Posner.* II. Auflage nach der 6. Auflage des Originals. Verlag von Aug. Hirschwald, Berlin. 1887.

Das vorliegende 487 Seiten starke Buch verfolgt eine ganz andere Tendenz, als z. B. die klinische Diagnostik von *v. Jaksch* oder die klinische Microscopie von *Bizzozero.* In den beiden letztgenannten Werken handelt es sich wesentlich um die Darstellung der Untersuchungsmethoden. Das *Da Costa*'sche Werk dagegen setzt die Untersuchungsmethode als bekannt voraus und befasst sich mehr mit dem Gedankengang, durch welchen im einzelnen Fall der Practiker die Diagnose macht. Wir haben es also hier mit der Lehre von der Erkennung der einzelnen Krankheiten zu thun. Dem entspricht auch die Ein-

theilung des Buches, die insofern an die üblichen Eintheilungen der Handbücher der speciellen Pathologie und Therapie erinnert, als z. B. ein Hauptabschnitt sich mit den Nervenkrankheiten, ein anderer mit Hautkrankheiten, ein dritter mit Infectionskrankheiten befasst u. s. f. Der principielle Unterschied liegt jedoch darin, dass innerhalb dieses Rahmens rein symptomatologisch gruppirt wird. So lauten, um ein beliebiges Beispiel herauszugreifen, die Ueberschriften bei dem Capitel „Krankheiten des Darms und des Bauchfells" folgendermaassen:

1. Krankheiten mit paroxysmalen Schmerzanfällen im Abdomen ohne Druckempfindlichkeit und Fieber (Colik).
2. Krankheiten mit Schmerzen am Abdomen, erhöhter Druckempfindlichkeit und Fieber (Peritonitiden etc.).
3. Krankheiten, bei denen Stuhlverstopfung ein hervorragendes Symptom ist (Obstipation, die verschiedenen Ileusformen).
4. Krankheiten, die durch pathologische Darmausleerungen gekennzeichnet sind.
5. Krankheiten, die von Erbrechen und Diarrhoe begleitet sind.

Dies Beispiel dürfte genügen, um einen ungefähren Begriff von dem Plan des Buches zu geben. Der practische Werth des bis jetzt, so viel Ref. weiss, in seiner Art allein stehenden Werkes wird durch die Thatsache bestätigt, dass dasselbe im Englischen 6 und im Deutschen binnen 4 Jahren 2 Auflagen erlebt hat. Das Buch enthält 40 Holzschnitte und ist in seiner 2. Auflage ungewohnter Weise nicht „vermehrt", sondern in seinem Umfang verkleinert. *Sahli* (Bern).

Cantonale Correspondenzen.

Thurgau. Dr. med. Gottlieb Roth, Amrisweil (Thurgau) †. Dem Freunde und Collegen, der vergangenes Frühjahr im schönsten Mannesalter von uns geschieden ist, sei nachträglich ein Kränzchen der Erinnerung auf's Grab gelegt.

Roth wurde im Mai 1852 in Wigoltingen geboren; der mit ungewöhnlicher Leichtigkeit lernende Knabe schien auch seinen Eltern für eine wissenschaftliche Berufsart prädestinirt und kam schon mit 11 Jahren an die thurgauische Cantonsschule, deren Gymnasium er bis im Herbst 1870 absolvirte. Nach bestandener Maturität bezog er als Studirender der Medicin die Universität Zürich, woselbst er — mit Unterbruch eines lebensfrohen Semesters in Heidelberg im Sommer 1871 — mehrere Jahre verblieb. In gesunder urwüchsiger Art verstund er es, die Poesie des Studentenlebens zu geniessen, ohne deshalb den Hauptzweck der Studienzeit aus dem Auge zu lassen. Sein Humor war unbezahlbar, seine köstlichen Einfälle leben in Traditionen fort.

Nach bestandenem Staatsexamen bekleidete er längere Zeit — beliebt bei Kranken und Vorgesetzten — das Amt eines Assistenzarztes am Spital zu St. Gallen. Im alten Horte der medicinischen Wissenschaften — in Wien — vervollkommnete er sein Wissen und Können, bevor er im Jahre 1877 sich in Märstetten als practischer Arzt niederliess. Mit Bedauern sah ihn die dortige Bevölkerung nach wenig Jahren einen andern Wirkungskreis beziehen und nach Amrisweil übersiedeln. Es war nicht anders zu erwarten, als dass er auch dort in kürzester Zeit durch seine Tüchtigkeit und Pflichttreue sich das allgemeine Zutrauen und die Liebe seiner Kranken erwarb. Mit dem Abschluss eines überaus glücklichen Ehebündnisses floss sein vielbewegtes Leben in die ruhige Bahn einer behaglichen, stillen Häuslichkeit. Dabei war es ihm inmitten einer grossen Berufsthätigkeit vergönnt, durch eine fleissige Arbeit — Zur Chirurgie der Gallenwege — zu zeigen, dass sein wissenschaftlicher Eifer unter dem Drucke der täglichen Geschäfte nicht Noth litt. Die Arbeit — mit welcher er in Basel promovirte — erfuhr in verschiedenen fachmännischen Zeitschriften sehr günstige Beurtheilung (z. B. Corr.-Bl. 1887, Nr. 24). Die Nacht brach ein im Gemüthsleben unseres Freundes, als ihm seine vorzügliche Gattin durch den Tod entrissen wurde. Früher der Fröhlichsten Einer, hatte der schwere Schicksalsschlag fast menschenscheuen Trübsinn über ihn gebracht. Erst in der allerletzten Zeit schien die Elasticität seines Geistes wieder Herr über die Verhältnisse zu werden. Da machte ein latentes somatisches Leiden, das sich bei der Obduction als

Carcinom des Netzes, Dickdarms und der Leber entpuppte — durch eine jähe Catastrophe — Perforativ-Peritonitis — seinem Leben ein Ende. Er starb vollständig klaren Bewusstseins, ruhig und gelassen mit dem Gefühl, eine fürchterliche Last ablegen zu können. — Wer den verstorbenen Freund von der richtigen Seite kannte, wird sein Andenken in Ehren halten. *Haffter.*

Zürich. Zur Antisepsis. Die Jodoform-Wundbehandlung hat so viele Erfolge aufzuweisen, dass dieselbe für sich allein oder mit andern Antisepticis combinirt der Chirurgie dienstbar bleiben wird. Verbesserungen können aber stets noch gemacht werden und so glaube ich dass die Mittheilung des Nachstehenden auch weitere Kreise interessiren dürfte. Für Höhlenwunden (Laparotomie, Necrotomie, Osteotomie, Evidement etc.) sind Jodoformgazestreifen im Gebrauch, die bald breiter, bald schmäler, bald einfach, bald mehrfach, bald von gewöhnlicher, bald von klebender *(Billroth)* Jodoformgaze geschnitten, bald lockerer, bald fester auf einander gestopft applicirt werden. Die Erfahrung hat gezeigt, dass solche Gazestreifen leicht ausfasern und dass durch Zurückbleiben einzelner Faden in den Wunden resp. Höhlen unliebsame Complicationen eingetreten sind. *Gersunny* in Wien hat, um diesem Uebelstande auszuweichen, den Jodoformdocht eingeführt und denselben namentlich bei Laparotomien mit Vortheil in Gebrauch gezogen. *Gersunny's* Jodoformdocht besteht aus hydrophylen Garnstrangen von ca. 0,5 m. Länge, an denen ca. 50 Faden von der Stärke mittelgroben Strickgarnes locker zusammengedreht und leicht mit Jodoform imprägnirt sind. Unwillkürlich muss sich der Verdacht einstellen, ob nicht das Lose, der geringe Zusammenhang dieses Dochts gerade dazu angethan sei, dass sich in der Wundhöhle ein Faden absondere, zurückbleiben und dadurch Unheil anrichten oder doch wenigstens Verlängerung der Heilungsdauer bewirken könnte. Meine seit Jahren vergeblich gemachten Nachfragen nach Binden aus hydrophylem Stoff mit gewobenem, also nicht ausfaserndem Rande waren endlich vergangenen Herbst von Erfolg, indem die Baumwollweberei Max Kermes in Hainichen (Sachsen) mir hydrophyle Gazebinden mit gewobenen Rändern, also Bande von beliebiger Breite (2 bis 10 cm.) und Länge übersandte. Ich imprägnire diese Binden, nach vorausgegangener Sterilisation, mit verschiedenen Procenten reinen (sterilisirten) Jodoforms und glaube in diesem Jodoformband ein ganz vorzügliches Material zur in Frage stehenden Wundbehandlung zu besitzen.

Es wird der Technik ein Leichtes sein, dieses Jodoformband auf einer Spuhle aufgewickelt in einem Behälter nach Art der Taschencentimetermaasse anzubringen, aus dem dann die verschieden nothwendigen Längen entnommen werden können. Es wird auch möglich sein, Jodoformband bis auf 16—20 cm. Breite herzustellen, so dass dasselbe auch für Bedeckung vereinigter oder flächenhafter Wunden dient. Selbstverständlich ist es nothwendig, dass an den Schnittenden allfällige lose Faden ausgefasert werden, so dass ein Abfallen und Zurückbleiben von Fasern in der Wunde absolut ausgeschlossen ist.

Die Erfahrung lehrt, dass namentlich der meist allein stehende Landarzt auf Niemandes Hülfe rechnen darf, insofern die antiseptische Wundbehandlung ihm in Fleisch und Blut übergegangen ist und dass dadurch der Vorrath des Verbandstoffes (namentlich der Jodoformgaze) der Gefahr der Verunreinigung durch die blutigen Hände des Arztes selbst ausgesetzt ist, z. B. wenn rasch ein Jodoformgazestreifen etc. soll geschnitten werden. Diesem Uebelstande steuert das in einer Hülse (Büchse) aufgerollte Jodoformband ganz ausgezeichnet.

Die Kermes'schen Gazebinden werden auch Jenen dienen, die sich an andere Antiseptica halten: Bismuth, Zink, Alembrottsalz u. s. w.

Kl. Andelfingen. *Sigg.*

Wochenbericht.

Schweiz.

— Herr Prof. Dr. *Frankenhäuser*, Director der geburtshülflichen und gynækologischen Klinik in Zürich, wird auf sein Gesuch von seiner Stelle als ordentl. Professor entlassen und wird, wie wir hören, im Frühjahr von Zürich wegziehen.

Quartalbulletin des eidgenössischen statistischen Bureau

über die

Geburten und Sterbefälle in den grösseren städtischen Gemeinden der Schweiz.

Vom 1. October bis 31. December 1887.

Gemeinden.	Factische Bevölkerung berechnet auf Mitte 1887.	Geborene (ohne Todtgeborene).	Todtgeborene.	Gestorbene (ohne Todtgeborene).	Entsprech. Sterblichkeit per Jahr auf 1000 Einw.	Aerztlich bescheinigte oder amtlich constatirte Todesursachen. Infectionskrankheiten. Pocken.	Masern.	Scharlach.	Diphth. u. Croup	Keuchhusten.	Rothlauf.	Typhus.	Asiat. Cholera und Ruhr.	Inf.Kindbettkrk.	And. vorherrsch. Krankh. Lungenschwindsucht.	Acute Krkht. d. Athmungsorg.	Organische Herzfehler.	Schlagfluss.	Enteritis der kleinen Kinder.	Gewaltsamer Tod. Verunglückung.	Selbstmord.	Frmd.strb.Hdlg.	Zweifelh. Urspr.	Andere Todesursachen.	Unbesch. Todesursachen.
Zürich	27671	112	4	70	10,0	—	—	—	—	—	1	—	—	—	12	6	6	3	2	5	4	—	—	31	—
Aussersihl	19737	178	6	56	11,3	—	—	—	2	—	—	2	—	—	6	2	1	2	9	—	—	—	—	32	—
Zürich mit 9 Ausgemeinden	89804	583	24	330	14,5	—	—	—	8	—	1	2	—	—	46	32	14	17	18	11	11	—	—	170	—
Genève	52189	195	11	164	12,5	—	—	2	—	—	—	—	—	—	26	16	19	9	6	1	1	—	—	81	3
Genf, Plainpalais, Eaux-Vives	72819	332	17	334	18,0	—	—	2	2	—	4	2	—	3	54	28	34	14	19	6	5	—	—	157	4
Basel	72304	459	22	285	15,7	—	—	13	11	—	2	10	—	1	48	26	11	13	21	7	4	—	—	118	—
Bern	49410	323	23	286	22,9	—	—	1	5	6	—	6	—	—	35	29	25	19	19	14	4	—	—	123	—
Lausanne	32588	201	9	188	22,9	—	15	5	2	—	—	4	—	—	17	20	15	9	8	5	4	1	—	82	1
St. Gallen	24574	165	11	127	20,4	—	—	1	1	—	—	5	—	—	18	3	5	7	13	1	2	1	—	70	—
Chaux-de-fonds	24119	192	9	123	20,2	—	17	—	2	—	—	1	—	—	11	19	4	4	13	1	1	1	—	43	6
Luzern	20040	91	2	95	18,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	12	11	10	6	3	2	—	—	43	—
Neuchâtel	17120	100	4	87	20,2	—	9	—	1	—	—	—	—	1	8	16	4	4	5	1	1	—	—	37	—
Winterthur	16354	85	—	45	10,9	—	—	—	—	—	2	1	—	1	5	6	1	—	1	—	—	—	—	28	—
Biel	13934	122	9	66	18,8	—	8	—	1	—	—	—	—	—	11	11	1	1	5	2	—	—	—	26	—
Schaffhausen	12777	76	2	47	14,6	—	—	—	—	—	—	1	—	—	7	6	—	2	7	—	2	—	—	22	—
Fribourg	11969	76	1	61	20,2	—	—	—	2	—	1	1	—	—	5	7	4	2	5	1	2	—	—	31	—
Herisau	11974	100	5	54	17,9	—	—	—	3	—	—	2	—	—	3	4	2	5	3	1	—	—	—	31	—
Locle	10550	88	6	47	17,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	5	—	5	13	—	—	—	—	21	1

Ausland.

Zur Sublimatfrage. Von Dr. *Garrè.*

„Nachdem der Sublimat in der Antisepsis alle anderen concurrirenden Mittel bis auf weiteres aus dem Felde geschlagen hat, ist es der Wunsch der Chirurgen, dies wichtigste Hülfsmittel überall und zu jeder Zeit zur Hand zu haben. Es gilt als Regel, dass die Sublimatlösungen mit destillirtem Wasser hergestellt werden müssen, damit dieselben unzersetzt und wirksam bleiben. Da es nun aber in manchen Fällen sehr unbequem, ja oft z. B. im Kriege geradezu unmöglich ist, sich mit dem nöthigen destillirten Wasser zu versorgen, ist von verschiedenen Chirurgen die Frage aufgeworfen, ob es denn wirklich nicht ausführbar sei, mit gewöhnlichem Wasser Sublimatlösungen herzustellen, welche den Anforderungen entsprechen. In München und Göttingen hat die Frage schon experimentelle Bearbeitung gefunden und sind die Resultate durchaus befriedigend gewesen.

Im Februar 1887 ersuchte mich Herr Prof. *Socin* in Basel, auch mit dem Wasser der städtischen Wasserleitung in Basel, dem harten Grellingerwasser, Versuche in der angedeuteten Richtung zu machen. Ich habe Ende Februar vier verschiedene Sublimatlösungen hergestellt und sind dieselben dann von Herrn Dr. *Garrè* auf ihre Wirksamkeit untersucht worden.

Nachdem die Lösungen von Ende Februar bis Anfang August in mit Korken verschlossenen, aber nicht mehr ganz gefüllten weissen Flaschen, also nicht gegen Licht geschützt, aufbewahrt waren, sind mir dieselben zur weiteren chemischen Untersuchung übergeben worden.

Die vier Lösungen, welche zur Unterscheidung nur durch Nummern bezeichnet waren, hatten folgende Zusammensetzung:

Nr. I. 0,2 Sublimat auf 200 cc. destillirtes Wasser. Die Lösung zeigte kein beachtenswerthes Dépôt am Boden, dagegen war an der Stelle der Flasche, wo das Niveau der Flüssigkeit mit der Luft in Berührung gekommen war, ein Beschlag an der Flaschenwandung zu bemerken. Die filtrirte Lösung wurde dann auf den Gehalt an unzersetztem Sublimat untersucht.

150 cc. gaben 0,116 Quecksilbersulfid, was einem Gehalt von 0,131 Quecksilberchlorid entspricht. In 100 cc. waren unzersetzt vorhanden 0,0855 Hg Cl_2, Verlust 0,0145.

Nr. II. 0,2 Sublimat und 0,2 Kochsalz in 200 cc. Wasser der Basler Leitung. Dépôt unbedeutend, Beschlag an der Flaschenwandung deutlich, weiss, crystallinisch.

150 cc. gaben 0,102 Quecksilbersulfid, was einem Gehalt von 0,119 Quecksilberchlorid entspricht. In 100 cc. waren unzersetzt vorhanden 0,0792 Hg Cl_2, Verlust 0,0208.

Nr. III. 0,2 Sublimat und 0,2 cryst. Essigsäure in 200 cc. Wasser der Basler Leitung. Dépôt ganz unbedeutend, kein Beschlag an der Flaschenwandung.

150 cc. gaben 0,117 Quecksilbersulfid, was einem Gehalt von 0,136 Quecksilberchlorid entspricht. In 100 cc. waren unzersetzt vorhanden 0,0906 Hg Cl_2, Verlust 0,0094.

Nr. IV. 0,2 Sublimat in 200 cc. Wasser der Basler Leitung. Dépôt unbedeutend, Beschlag an der Flaschenwandung wie bei I. und II.

150 cc. gaben 0,102 Quecksilbersulfid, was einem Gehalt von 0,119 Quecksilberchlorid entspricht. In 100 cc. waren unzersetzt vorhanden 0,0792 Hg Cl_2, Verlust 0,0208.

Aus Vorstehendem ist ersichtlich, dass sich recht gut wirksame Sublimatlösungen unter Verwendung von gewöhnlichem Wasser herstellen lassen. Ein Zusatz von cryst. Essigsäure, und zwar auf 1 grm. Sublimat 20 Tropfen Säure, macht die Lösung sehr haltbar; eine solche übertrifft sogar diejenige mit destillirtem Wasser. Ein Kochsalzzusatz übt keinen bemerkbar günstigen Einfluss aus, da die Zersetzung unter den gleichen Bedingungen genau so weit geht, wie in der Lösung mit gewöhnlichem Wasser ohne jeden Zusatz. Es ist überdies ja wohl in keinem Falle erforderlich, dass sich Sublimatlösungen fünf Monate lang activ erhalten. Für den gewöhnlichen Gebrauch und in Nothfällen lassen sich wirksame Lösungen mit gewöhnlichem Wasser herstellen. Ist aber z. B. in Feldlazarethen und auf Verbandplätzen nur Wasser zu beschaffen, dessen relative Reinheit Bedenken erregt, dann wird es sich empfehlen, das Wasser vorher zu kochen und durch sterilisirte Baumwolle zu filtriren; zwei Operationen, die sich in den meisten Fällen gewiss ausführen lassen. Unbedingt erforderlich ist diese Maassnahme, wenn das

Wasser Ammoniak enthalten sollte, weil dadurch Sublimatlösungen sofort zersetzt werden. — Aber auch in diesem Falle würde Essigsäure ein passendes Corrigens sein."

Casimir Nienhaus.

Vorstehender, sehr verdankenswerther Untersuchung des Herrn Apotheker *Nienhaus* füge ich bei, dass alle 4 Sublimatlösungen, auf ihre desinfectorische Kraft geprüft, durchaus befriedigende Resultate ergaben. Der Eitercoccus wurde nach kurzem Contact (5—15 Sec.) mit der Sublimatlösung ertödtet, selbst die äusserst resistenten Milzbrandsporen vermochten nur wenige Minuten der vernichtenden Kraft zu widerstehen.

Aus einer Arbeit *Fürbringer's* (Deutsche Medicinal-Ztg. 1886, Nr. 63) geht hervor, dass Sublimatlösungen mit Brunnenwasser 1 : 1000 angesetzt sich langsam zersetzen. Der Sublimat geht mit den in Wasser gelösten doppelkohlensauren alcalischen Erden unlösliche Verbindungen ein, Hg Trioxychlorid — denen jede desinfectorische Kraft abgeht. Je mehr Kalk und Magnesia das Quellwasser enthält, d. h. je härter es ist, um so weniger eignet es sich zur Bereitung haltbarer Sublimatlösungen.

Aus den oben angeführten Gründen der Bequemlichkeit und auch des Kostenpunktes halber versuchte man haltbare Sublimatlösungen mit Brunnenwasser zu gewinnen, indem man durch verschiedene Ingredienzien die alcalischen Erden des Wassers der Einwirkung auf das Quecksilberbichlorid zu entziehen suchte.

So empfahl Prof. *Angerer* in München einen Kochsalzzusatz [1]) und zwar dem Gewichte nach entsprechend dem Sublimatgehalt (Chlornatr. und Subl. āā). Dadurch erhielt er auch mit gewöhnlichem Brunnenwasser vollständig klare und haltbare Sublimatlösungen. Ueberdies wurden durch die bacteriologischen Untersuchungen *Emmerich's* bestätigt, dass die antiseptische Kraft der Lösung durch diesen Sublimatzusatz nicht im geringsten beeinträchtigt wurde.

Prof. chem. *V. Meyer* stellte chemische Control-Untersuchungen [2]) hinsichtlich der Haltbarkeit dieser Kochsalz-Sublimatlösungen an und fand, dass allerdings das Kochsalz eine sehr bedeutend conservirende Wirkung auf die Lösungen in offenen und lose verschlossenen Gefässen ausübt, — dass es aber nicht gelingt, die Ausscheidung von Quecksilber bei gut verbundenem Gefässe im Göttinger Leitungswasser zu verhindern; ja bei verkorktem Gefässe wirkte auffallender Weise die von *Angerer* empfohlene Kochsalzmenge nur wenig conservirend Es waren nämlich nach 38 Tagen von 0,2 grm. Sublimat 0,192 grm. in Lösung verblieben, oder 0,008 grm. ausgefallen, während ohne Kochsalzzusatz im günstigsten Falle (bei gut verkorktem Gefäss) 0,0087, also nur wenig mehr, ausfiel.

Nach *Nienhaus'* Untersuchungen der verschiedenen Sublimatlösungen, die 5 volle Monate verkorkt blieben, zeigte sich nach dieser Zeit, dass sowohl bei Kochsalzzusatz, als auch ohne denselben im Basler Leitungswasser der Ausfall an unlöslicher Quecksilberverbindung sich genau gleich stellt, nämlich von 0,2 grm. ein Verlust von 0,0208 grm.

Das günstige Verhältniss erklärt sich wohl aus der geringen Härte des Basler Leitungswassers — dessen kleinen Gehalt an doppelkohlensauren alcalischen Erden. Es erweist sich demnach der Kochsalzzusatz bei Sublimatlösungen, die mit Basler Leitungswasser hergestellt sind, als absolut nutzlos. Selbstverständlich gilt dies nicht für andere Quellwasser — wie schon aus den Göttinger Untersuchungen hervorgeht, wo *Meyer* eine Differenz von 0,0007 grm. auf 0,2 grm. Sublimat fand — doch dürfte es für den pract. Arzt von Interesse sein, durch eine grössere Untersuchungsreihe die Verwendbarkeit verschiedener Quell- und Brunnenwasser zu Sublimatlösungen festzustellen; eventuell kann diese direct aus dem Härtegrad annähernd berechnet werden. —

Falls die Sublimatlösungen mit Leitungswasser unmittelbar nach ihrer Herstellung zur Verwendung kommen, haben sie noch ihre volle antiseptische Kraft, denn die Ausscheidung der unlöslichen Oxychloride erfolgt in allmäliger Weise, erst nach Stunden. Das mag ein willkommener Trost für den pract. Arzt sein, der Sublimat in Substanz (vielleicht in Pulver zu 1 grm. abgetheilt) bei sich trägt und jeweilen nach Bedarf die Lösungen auf dem Lande mit Brunnenwasser sich herstellt.

Fürbringer hat uns aber gezeigt, wie solche Lösungen in wenigen Tagen nicht nur

---

[1]) Centralblatt für Chirurgie Nr. 7, 1887.
[2]) l. c. Nr. 24, 1887.



ihre antiseptische Wirkung völlig verlieren, sondern sogar in wenigen Tagen bei freiem Luftzutritt den hineinfallenden Luftkeimen geradezu als Nährboden dienen. Solche „sogenannte“ Sublimatlösung zeigte nach einer Woche auf den ccm. 73 entwicklungsfähige Keime, während das dazu verwendete Leitungswasser im gleichen Quantum nur 40 Bacterien aufwies.

Ausser dem Kochsalzzusatz wurden ferner auf Empfehlung von *Fürbringer* Säuren dem Wasser zugesetzt, um das Ausfallen unlöslicher Sublimatverbindungen zu verhindern, und zwar eignen sich nach seinen Angaben [1]) hiezu „alle Säuren, die fähig sind, die kohlensauren Salze zu zersetzen und die gleichzeitig auf den Sublimat als solchen keinen Einfluss üben, so die Schwefel-, Salz-, Salpeter-, Salicyl-, Essigsäure etc.“

In unsern Untersuchungen ist speciell auf die Essigsäure Rücksicht genommen. *Nienhaus*' Analysen zeigen, dass bei einer Lösung von Sublimat mit cryst. Essigsäure zu gleichen Theilen in Leitungswasser nach 5 Monaten auf 0,1 grm. Sublimat nur 0,0094 grm. durch Ausfallen verloren gehen. Dies Resultat darf im Vergleich zu der Kochsalz-Sublimatlösung, in der 0,0208 grm., ja sogar gegenüber der Lösung in destillirtem Wasser mit 0,0145 grm. Verlust auf dasselbe Quantum Sublimat als ein sehr gutes bezeichnet werden. Auch bei bacterioscopischer Prüfung zeigt sich diese Lösung den übrigen durchaus äquivalent — was auch *Fürbringer* in seiner Arbeit hervorhebt. *F.* fügt hinzu, dass solche Essigsäure-Sublimatlösungen da am Platze seien, wo die Natur hartes, aber reines Wasser spendet, besonders in der Armen- und kleineren Privatpraxis beim Bedarf grosser Quanta, zur Desinfection von Kleidern und Geräthen, Waschen von Dielen und zur Desinfection der Hände. —

Ich bin noch einen Schritt weiter gegangen und habe diese Sublimatessigsäurelösung direct zur Wundbehandlung benutzt und zwar sowohl zur primären Desinfection der Wunden, als auch zur Bereitung antiseptischer Verbandstoffe. In beiden Beziehungen konnte ich mit dem Erfolg wohl zufrieden sein, indem sich gegenüber den mit destillirtem Wasser hergestellten Sublimatlösungen kein Unterschied zeigte, und auch von Patienten als nicht schmerzhafter (d. h. stärker brennend) bezeichnet wurden. Meine ursprüngliche Befürchtung, dass durch das Auflegen von feuchten Verbandstoffen, die mit dieser Lösung getränkt waren, leicht Eczeme der Haut entstehen möchten (durch die quellenden Wirkungen der Essigsäure), hat sich nicht bewahrheitet. Somit können wir solche Lösungen dem pract. Arzt zur Wundbehandlung ruhig empfehlen; — sie sind von Vortheil wegen der geringen Kosten, der leichten und raschen Herstellung und endlich der sichern desinficirenden Wirkung. —

Dr. *Stütz* hat berechnet, dass bei einem maximalen Calciumoxydgehalt von 0,2 per Liter (entsprechend 20 Härtegraden) dem Wasser 0,446 grm. 96°/₀ Acid. acet. Ph. G. II zugesetzt werden müssen, um die Bicarbonate unschädlich zu machen und mit Brunnenwasser haltbare Sublimatlösungen herstellen zu können. Also dürfte für alle Fälle die Vorschrift Acid. acet. conc. 0,5, Hydrarg. bichlor. cor. 1,0 Aq. font. 1000,0 genügen.

Ziegenspeck empfiehlt zu gleichem Zwecke 0,5 grm. Citronensäure pro Liter. Solche Lösungen werden seit Jahren auf der geburtshülflichen Klinik zu Jena mit Vortheil verwendet.

Noch ein Wort über die Sublimat-Kochsalz-Pastillen. Prof. *Angerer* hat diese bekanntlich in der Praxis eingeführt. Doch höre ich von verschiedenen Seiten, dass sich dieselben nach einiger Zeit verfärben und der Sublimat darin zersetzt wird.

Speciell macht Dr. *H. Eckenroth* in der Pharm. Ztg. darauf aufmerksam, dass bei der Darstellung der Sublimat mit Eisen (der Pressvorrichtung) in Berührung kommt und somit die Pastillen, in Folge der theilweisen Reduction des Salzes, [2]) fast ohne Ausnahme ein graues bis schwarzes Aussehen bekommen.

Dass das Publicum nicht gewohnt sei, Gifte in Pastillenform zu sehen, kann uns nicht so sehr erschrecken wie Dr. *E.*, denn die Pastillen sind einzig für den Arzt bestimmt.

Eine handliche und für den Arzt ganz practische Zusammenstellung von 1 grm. Sublimatpulver in Carta cerata (mit besonderem Giftzeichen versehen) und dazu concen-

---

[1]) Untersuchungen und Vorschriften über die Desinfection der Hände des Arztes 1888.

[2]) Das Eisen entzieht dem Sublimat überdies auch langsam das Chlor.

trirte Essigsäure in Tropfglas (10 Tropfen auf 1 Liter) hat nun Herr Apotheker *Nienhaus* zusammengestellt — ich mache die Herren Collegen darauf aufmerksam.

Der Sublimat wird in ausgiebiger Weise zur Desinfection der Hände benutzt. Es frägt sich nun, in wie fern sich der Gebrauch alcalischer Seifen mit den Sublimatlösungen im Allgemeinen verträgt — ohne Rücksicht darauf, ob sie mit oder ohne Säurezusatz hergestellt sind. *Ziegenspeck* [1]) und *Liebreich* [2]) haben sich eingehend darüber geäussert. Bei Zusatz von Sublimatlösung zu concentrirter Seifenlösung entsteht ein wolkiger Niederschlag, woraus *Z.* schliesst, dass ein Theil des Sublimat niedergeschlagen wird. Wenn auch *Liebreich* dagegen ins Feld führt, dass dieser Niederschlag bei Ueberschuss von Seife sich wieder löst, so hat das für die practische Seite der Frage keine Bedeutung. Nichtsdestoweniger leistet uns die Seife bei der Desinfection vorzügliche Dienste. Die Haut wird entfettet und die Epithelien erweicht, was dem Antisepticum erst zu seiner vollen Wirksamkeit verhilft. Nur sollen wir unsere Seife nicht mit dem Sublimat zusammenbringen, sondern das letztere erst nach Abspülen der Seife von den Händen oder dem zu desinficirenden Operationsfelde.

Die Sublimatseifen von *Unna*, *Geissler* u. A., hergestellt durch Ueberschuss von freiem Fett oder von freien Fettsäuren sollen für längere Zeit (bis 4 Monate) den Sublimat unzersetzt erhalten, — doch sind meines Wissens bisher noch keine absolut haltbaren Sublimatseifen dargestellt, und so lange müssen wir uns hüten, durch vertrauensseligen Gebrauch solcher Präparate folgenschweren Illusionen über deren eigentlichen Werth uns hinzugeben.

Es mag des fernern für den pract. Arzt von Interesse sein, etwas zu hören von der aseptischen Beschaffenheit und der antiseptischen Wirkung der Sublimat-Verbandstoffe. Es liegen uns hierüber Untersuchungen vor von *Schlange*, *Læffler* und *Laplace*.

Ersterer untersuchte die käuflichen Sublimat-Verbandstoffe und fand sie ausnahmslos bacterienhaltig — also nicht aseptisch. Auch die antiseptischen Eigenschaften erwiesen sich als sehr geringfügig, indem ein relativ kleiner Theil des in den Verband aufgenommenen Wundsecretes speciell des Blutes genügte, um sämmtliches in 1‰ Sublimatgaze enthaltene Sublimat in unlösliches Quecksilberalbuminat überzuführen.

Læffler führte die gleichen Untersuchungen an den in der deutschen Armee eingeführten Sublimat-Verbandstoffen durch, die in 3—4‰ Sublimat mit einem Zusatz von 16⅔% Glycerin zur Imprägnirungsflüssigkeit enthielten.[3]) Das Glycerin verhindert das Ausstäuben des Sublimats nach Abdunsten des Alcohols und des Wassers. Dementsprechend erwiesen sich alle Präparate aseptisch. Auch hinsichtlich der antiseptischen Wirkung hatte *L.* gute Resultate zu verzeichnen, indem nach seiner Berechnung 1 grm. Verbandstoff mit 0,004 Sublimatgehalt im Stande ist, ca. 2 grm. faulen Blutes zu sterilisiren.

Mit anderer Versuchsanordnung erzielte *Laplace* [4]) weniger günstige Resultate über die antiseptische Wirkung 1‰ Sublimatlösung. Er brachte nämlich Blutserum tropfenweise in 1‰ Sublimatwasser und fand, dass ½ ccm. Serum bereits im Stande ist, 5 ccm. der Sublimatlösung durch Ausfällen von natürlichem Quecksilberalbuminat seiner antiseptischen Eigenschaften zu berauben. — Seine weitern Versuche, die Bildung des Albuminat-Niederschlages zu verhindern, führten *Laplace*, der seine Arbeit unter *Koch*'s Aegide ausführte, zu interessanten Versuchen mit bemerkenswerthen Erfolgen. — *L.* fügte den Sublimatlösungen, die zur Imprägnirung der Verbandstoffe bestimmt waren, 2% Weinsäure hinzu. Die desinficirende Wirkung der Sublimatlösung in eiweisshaltigen Flüssigkeiten schien damit um ein bedeutendes erhöht zu sein und nicht weniger die direct bacterientödtende Fähigkeit bei einem Zusatz von 5‰ Acid. tartar.

Von gleich günstiger Wirkung war ein Zusatz von 2% Salzsäure — sowohl zu Sublimat- als zu Carbollösungen. Sublimat-Salzsäurelösungen zerstörten Milzbrandsporen in kürzerer Zeit, als dies gleichprocentige Sublimat- oder Salzsäurelösung allein zu vollbringen im Stande war. —

---

[1]) Centralblatt für Gynæcologie 1886, Nr. 34 und 1887, Nr. 16.

[2]) Therapeutische Monatshefte Nr 1, 1887.

[3]) Die Vorschrift lautet: Sublimat 50,0, Spiritus 5000,0, Glycerin 2500,0, Aq. dest. 7500,0. Dieses Quantum soll für 10 Kilo Verbandstoff ausreichen.

[4]) Deutsche med. Wochenschr. Nr. 40, 1887.

Diese Versuche — für Acid. muriat. und tartar. durchgeführt — gelten wohl im Allgemeinen für die sauren Sublimatlösungen, und ich darf, ohne specielle Controlversuche hinzuzufügen, die sehr günstigen Resultate auch für die von mir in der chirurgischen Poliklinik angewandte Sublimat-Essigsäurelösung in Anspruch nehmen. Zum mindesten sprechen die absolut günstigen practischen Erfolge hiefür.

— **Schulhygieine.** Das österreichische Unterrichtsministerium hat an sämmtliche Landesschulbehörden den Erlass gerichtet, den Gebrauch schlecht ausgestatteter Klassikertexte an den Mittelschulen zu verbieten, die in Folge ihrer mangelhaften typographischen Ausstattung auf die Sehkraft der Schüler schädlich wirken. Durch diese Maassregel wird hauptsächlich die *Reclam*'sche Klassikerausgabe und ähnliche „augenmörderische" Volksausgaben betroffen.

— Geheimrath Prof. *Naunyn* in Königsberg i. Pr. hat den Ruf als Nachfolger *Kussmaul*'s in Strassburg i. E. angenommen.

— **Locale Anæsthesie.** Statt der subcutanen Cocaïninjectionen bedient sich *Wagner* in Wien des constanten Stromes; die positive Electrode, mit 5%iger Cocaïnlösung getränkt, wird auf die Hautstelle aufgesetzt.

Das Verfahren wird neuerdings von *Reynolds* warm empfohlen, der vorzügliche Resultate damit erzielte und es der subcutanen Applicationsweise vorzieht.

— **Agaricin gegen Schweiss der Phthisiker.** *Lauschmann* constatirte recht günstige Wirkung bei Anwendung des Agaricins. Da dies Mittel aber leicht Diarrhoen hervorruft, verabreichte er es in 0,005 bis 0,01 gr. stets mit Pulv. Doveri. Eine nachtheilige Wirkung auf Herzthätigkeit, Athmung oder Temperatur wurde nicht beobachtet.

(Therap. Monatshefte, 1887.)

— **Sozojodol.** Ein neues Mittel, mit antiseptischer Kraft ausgestattet, wird vom Dermatologen *Lassar* in Berlin empfohlen. Es ist vom Hause *H. Trommsdorff* in Erfurt hergestellt, frei von jedweder Beimengung und stellt eine Verbindung der drei wirksamsten Antiparasitica: Jod (42%), Phenol und Schwefel dar. Es bildet weisse, schuppenförmige Krystalle, ist geruchlos, zersetzt sich nicht durch Licht und ist leicht löslich in Wasser und Alcohol. Seine absolute Reizlosigkeit auf gesunder und kranker Haut, im Verein mit seiner antiseptischen Wirksamkeit, garantiren diesem neuen Mittel eine hervorragende Stelle im dermatologischen Arzneischatz.

Lassar verwendet es rein oder gemischt wie Jodoform in 5% und 10% Streupulvern und Pasten (mit der Grundlage Zink-Amylum-Vaselin) und beobachtete günstige Erfolge bei Ekzemen jeder Provenienz, Herpes, Impetigo — Hautmycosen, Beingeschwüren. Die Resultate umfassender Versuche sollen später veröffentlicht werden.

(Therap. Monatshefte, Nov. 1887.)

Stand der Infections-Krankheiten.

		Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperalfieber	Parotitis	Ophthalmoblennorrhœa	Rubeola
Zürich u. Aussengem.	8. I.-14. I.	2	1	5	1	1	4	2	—	—	—	—
	15. I.-21. I.	2	2	8	7	2	2	1	—	—	—	—
Bern	1. I.- 7. I.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	8. I.-14. I.	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	15. I.-21. I.	1	3	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Basel	11. I.-25. I.	71	4	31	1	3	23	13	—	14	2	—

Scharlach hat etwas abgenommen, statt 98 nur 71 Fälle (Grossbasel: 52 Fälle, Kleinbasel: 19 Fälle). 30 Kinder mit Scharlach besuchen noch keine Schule; 3 Kinder haben Kleinkinderschulen besucht; 21 Fälle entfallen auf die Primar- und Mittelschulen; 17 Fälle endlich betreffen Erwachsene.

Briefkasten.

Herrn Prof. Dr. *Flesch*, Berlin. Ihrem Wunsche gemäss notieren wir, dass pag. 50, Zeile 21 v. u., zu lesen ist „besw.", pag. 51, Zl. 1: *Hervouet*, Zl. 6: Hauptrolle, Zl. 22: Hirnfurchen. Frdl. Grüsse.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats.
Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 12. — für die Schweiz, Fr. 14. 50 für das Ausland. Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. A. Baader in Basel. und **Dr. C. Garrè**, Docent in Basel.

N°. 4. XVIII. Jahrg. 1888. 15. Februar.

Original-Arbeiten.

Einseitige Accommodationsparese mit Mydriasis bei inveterirter Syphilis.

Von Dr. Fr. Hosch in Basel.

Von jeher war man von ärztlicher Seite bestrebt, die Bewegungen der Iris und die damit in naher Verbindung stehende Accommodation für die Diagnose und Prognose, namentlich der Nervenkrankheiten, zu verwerthen. In Folge dessen hat sich im Laufe der Zeit eine sehr ausgedehnte Literatur über diesen Gegenstand angesammelt, von der jedoch heute, wo wir die anatomischen und physiologischen Verhältnisse genauer kennen, relativ nur wenig sicher Constatirtes und wirklich Verwerthbares übrig bleibt. Und doch ist es unzweifelhaft, dass noch manche, bis jetzt unaufgedeckte Beziehungen der Pupille und Accommodation zum centralen Nervensystem existiren, die eines Tages wohl erkannt und dann wesentlich beitragen werden zur Erklärung der noch in so mancher Hinsicht dunkeln Affectionen jener wichtigsten Organe.

Um hier nur von den einseitig auftretenden Abnormitäten der Pupille und Accommodation zu sprechen — wird z. B. die Ungleichheit der erstern bekanntlich von den Neuropathologen als ein sehr bedenkliches und auf beginnende Lähmungserscheinungen deutendes Hirnsymptom aufgefasst.

Unzweifelhaft trifft dies auch in sehr vielen Fällen zu, namentlich wenn die fragliche Erscheinung von einem Auge auf das andere überspringt, also bald die eine, bald die andere Pupille die weitere ist, oder, wenn dieselbe Pupille abwechselnd und in kurzen Zwischenräumen abnorm weit und wieder abnorm enge wird. Zahlreiche Mittheilungen und Statistiken zuverlässiger Beobachter beweisen dies zur Genüge.

Dagegen gehen Diejenigen sicher zu weit, welche jeder Pupillendifferenz diesen bedrohlichen Charakter beilegen wollen. Nicht selten findet man nämlich ganz zufällig bei Leuten, die aus ganz andern Gründen zur Untersuchung kommen, ungleich weite, aber normal reagirende Pupillen, ohne dass irgend ein Grund vorläge, an irgend ein tieferes Leiden zu denken. Meist haben denn auch die Betreffenden nichts von dieser Abnormität gewusst oder geben an, dieselbe von jeher gehabt zu haben. Es ist entschieden fehlerhaft und gefährlich, geschieht aber trotzdem hie und da, solche Individuen einfach auf dieses Symptom hin als schwer krank zu betrachten und zu behandeln, ohne vorher über den Zustand der Accommodation sich vergewissert zu haben. Ist diese in Ordnung, dem Alter entsprechend, so haben wir es voraussichtlich mit einem blossen Naturspiel zu thun, wie wir deren ja überall begegnen. Anders, wenn die Accommodation mangelhaft oder aufgehoben ist.

Schon im Jahre 1874 bemerkte *Mooren* (ophth. Mittheilungen pag. 120), dass bei einseitiger Accommodationsparese mit Mydriasis in ²/₃ der Fälle Syphilis vorausgegangen sei. Nur ein einziges Mal waren aber noch Spuren davon zu constatiren. Die Behandlung (Jodkali, Electricität) blieben stets ohne Erfolg.

Im Jahr 1878 beschreibt *Hutchinson* (Med. Tim. and Gaz.) die fragliche Affection als Ophthalmoplegia interna und stellt sie der Ophthalmoplegia externa, der Lähmung der äussern Augenmuskeln, gegenüber. Er verlegt ihren Sitz, wenn sie rein, d. h. ohne Betheiligung äusserer Muskeln auftritt, aus theoretischen Gründen in das Ciliarganglion.[1]) *H.* beobachtete die Krankheit 8 mal, worunter aber nur 3 mal auf einer Seite. In 5 Fällen war Syphilis sicher zu constatiren, bei den übrigen wahrscheinlich.

In demselben Jahre theilt *Alexander* in Aachen („Berl klin. Wochenschr." 1878, pag. 302) 28 Fälle — davon 7 in extenso — von einseitiger Accommodationslähmung mit Mydriasis mit und kommt dabei zu folgenden Schlüssen: Die Affection gehört zu den spätern und spätesten Erscheinungen der Syphilis und ist dann stets einseitig und wohl ausnahmslos centraler Natur. Gewöhnlich waren die frühern Symptome der Lues leichter und schnell vorübergehender Natur. Unter den 28 Fällen lag 19 mal sicher, 5 mal wahrscheinlich Syphilis zu Grunde. Die Prognose ist in doppelter Hinsicht ungünstig; einmal erwies sich für das Augenleiden jede Therapie fruchtlos, während eventuell die andern syphilitischen Symptome schwanden; sodann folgte in ¹/₃ der Fälle psychische Störung nach.

Seit mir die Mittheilung von Dr. *Alexander* bekannt geworden ist, habe ich der Sache meine besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Vollständig uncomplicirt, d. h. ohne anderweitige Augenmuskellähmungen habe ich die fragliche Affection seither in fünf Fällen beobachtet, über welche ich Ihnen nun ganz in Kürze referiren möchte.

1. Frau M., 40 Jahre, stellt sich am 21. Juni 1882 vor mit der Angabe, dass die rechte Pupille seit ca. 10 Jahren weiter als die linke sei, und dass die Gegenstände weit

[1]) *Mauthner* (Vortrag Nr. 12, pag. 341) weist nach, dass das von *Hutchinson* gebrauchte „lenticular ganglion" nicht, wie von deutschen und französischen Autoren geschehen, mit „Linsenkern" zu übersetzen ist, sondern dass unter dem ganglion lenticulare das in der Orbita liegende Ciliarganglion zu verstehen ist.



vom rechten Auge weg müssten gehalten werden. Seit 1 Jahr leide sie viel an heftigem Kopfschmerz und Hirndruck. — Patientin hat 5 Mal geboren: ein Kind kam todt zur Welt, das zweite starb am 5. Tage, die drei andern leben und sind gesund. Seit der ersten Geburt leidet sie an Fluor albus. — Ferner gibt Patientin an, dass ihr Mann in den ersten Jahren der Ehe an „Flechten" gelitten habe, wogegen der Hausarzt Schmiercur, Holztrank, Jodkali verordnet habe; dass ohne bestimmten Grund ihre Gemüthsstimmung oft eine sehr gedrückte sei, und dass ihre Mutter geisteskrank gestorben sei.

L. S. 1 E. — R. S. $^2/_3$ Hm. 1,0. Rechte Pupille 8 mm. breit, starr. Accommodation stark herabgesetzt. Auf 1 Tr. Pilocarpinlösung (2%) tritt rasch Pupillenverengerung ein und wird geläufig feinster Druck in der Nähe gelesen. Zustand blieb sich seither gleich.

2. Herr St., 25 Jahre, macht am 27. März 1884 zum ersten Mal beim Aufstehen die Bemerkung, dass die rechte Pupille weiter ist, als die linke, und dass mit dem rechten Auge gesehen nahe Gegenstände neblig erscheinen. Am folgenden Tage constatirte ich: R. S. 1 Hm. 1,5 L. S. $^2/_3$ Hm. 0,5. Rechte Pupille 7,5 mm. breit, starr, linke von normaler Weite und Reaction. Rechter Nahepunkt in 48 cm., linker in 20 cm.

Cervicaldrüsen auf der linken Seite ziemlich stark geschwellt. Patient leidet viel an Kopfweh, hat etwas empfindlichen Magen, will aber im Uebrigen ganz gesund sein, gibt an, im Jahr 1879 sich inficirt, doch nie einen Ausschlag gehabt zu haben. Ist seit ganz kurzer Zeit verheirathet.

Pilocarpin wirkt auch hier wie im ersten Falle; beim Aussetzen desselben tritt die Accommodationsparese rasch wieder auf, und es kann kleinster Druck, der links mit blossem Auge gesehen wird, erst mit Convex 7,0 gelesen werden.

Am 7. Januar 1885 kommt Patient mit der Angabe, dass vor 3 Wochen nach heftigem Blutbrechen eine Lähmung am linken Auge aufgetreten sei. Es wird vollständige Paralyse des linken Oculomotorius, auch des Lid-, des Pupillen- und des Accommodationsastes constatirt und der — auswärts wohnende — Kranke behufs Schmiercur an seinen Hausarzt gewiesen. Vom 22. Tage der Cur ab ging die Lähmung allmälig zurück; am 18. März war nichts mehr davon nachzuweisen. Dagegen war der Zustand des rechten Auges dadurch nicht im Geringsten beeinflusst worden.

Bald nachher erfuhr ich ganz zufällig, dass Patient sehr rasch und unerwartet gestorben sei infolge eines „Hirnschlages".

3. Frau Sch., 27 Jahre, klagt mir am 2. Januar 1886, dass sie seit einiger Zeit mit dem linken Auge nicht mehr gut sehe, während dasselbe früher wie das rechte Auge gewesen sei.

R. S. 1, H. 0,5, L. 1, Hm. 1,5. Linke Pupille etwas weiter als rechte (6 : 5), reagirt gut. Rechts wird kleinster Druck mit Convex 1,0, links erst mit Convex 7,0 gelesen.

Im 18. Jahr litt Patientin sehr an Chlorose und soll während eines ganzen Jahres Menstruation nicht mehr gehabt haben. Mit 22 Jahren normale Geburt eines noch lebenden gesunden Kindes. Bald nachher 2. Gravidität; während derselben starker Fluor. Im 7. Monat Geburt eines seit 2—3 Wochen todten Kindes. Gegen Ende der Schwangerschaft trat ein Ausschlag an den Beinen auf, wogegen der Hausarzt graue Salbe einreiben und später Jodkali brauchen liess. Seither nicht wieder gravid.

Trotz längern Gebrauchs von Eserin blieb die Accommodations-Pupillen-Lähmung gleich.

(Laut Bericht des Hausarztes hatte der Mann Ende 1883 Lues acquirirt und dagegen Schmiercur gemacht. Die Pupillendifferenz wurde im Juni 1884 zum ersten Male bemerkt.

4. Herr B., 34 Jahre, kommt am 22. Juni 1886 mit der Klage, dass er seit 3 Wochen bei der Arbeit vor dem linken Auge einen Nebel bemerke.

R. S. 1 E. L. S. 1 E. Rechts wird kleinster Druck mit Convex 0,5, links erst mit 2,0 gelesen. Linke Pupille viel weiter als die rechte und fast reactionslos.

Patient gibt an, vor 8 Jahren einen „Schanker", seither mehrmals „Tripper" gehabt zu haben. Eine Quecksilbercur sei nie gemacht worden. Ist seit 1 Jahr verheirathet.

Patellarreflex fehlt beidseits. Zeitweise lancinirende Schmerzen in den Beinen. Eserin hat dieselbe — vorübergehende — Wirkung wie in den frühern Fällen.

Eine Kaltwassercur auf Brestenberg blieb ohne den mindesten Einfluss auf das Leiden;

ebenso eine Schmiercur (30 Einreibungen à 5 Gramm) in Aachen unter Dr. *Alexander*'s Aufsicht.

5. Herr Ch., 30 Jahre, berichtet am 18. August 1887, dass ihm vor ca. 4 Jahren ganz plötzlich die Spielkarten mit dem linken Auge verschwommen seien. Dies sei seither so geblieben; nur habe sich in letzter Zeit Schwindel, Blendung, Gedächtnissschwäche, gedrückte Stimmung dazu gesellt.

R. Sschw. 1 E., L. S. 1., Hm. 1,0. Rechts wird kleinster Druck in gewöhnlicher Entfernung mit blossem Auge, links erst mit Convex 2,0 gelesen. Linke Pupille etwas weiter als die rechte, reagirt gut. Aeussere Muskeln normal. Keine Zeichen von Tabes.

Patient gibt an, vor einigen Jahren im Militärdienst eine „Geschlechtskrankheit" acquirirt zu haben. Der behandelnde Arzt habe deshalb Aetzungen vorgenommen, von einer allgemeinen Cur aber nicht gesprochen.

Bei sämmtlichen 5 Kranken ergibt die Anamnese eine früher vorhandene venerische Affection, die gewöhnlich unter wenig bedrohlichen Erscheinungen verlief und darum wohl auch nicht energisch genug behandelt wurde.

Auch der eine Theil der von *Alexander* gestellten Prognose, die Unheilbarkeit der Augenaffection, sowohl der allgemeinen als localen Therapie gegenüber, trifft für alle Patienten zu.

Vielleicht gilt dies auch theilweise vom zweiten Theile derselben. Von 2 Kranken wurde ganz spontan eine unwiderstehliche Neigung zu Schwermuth und zu Schwarzsehen angegeben: Bei Frau M. (Nr. 1) könnte diese psychische Depression ihre Erklärung finden darin, dass sie von Haus aus neuropathisch disponirt, hyperästhetisch und nervös, abnorm erregbar und widerstandslos ist. Für Herrn Ch. (Nr. 5) dagegen lässt sich nichts der Art nachweisen. Bis zum Ausbruch seiner Krankheit soll er lebenslustig und arbeitsfreudig gewesen sein, auch ein sehr gutes Gedächtniss gehabt haben. — Einen Dritten unserer Kranken endlich (Nr. 2), bei welchem offenbar der krankhafte Process rasche Fortschritte machte (Oculomotoriuslähmung der andern Seite), sahen wir in kurzer Zeit an einem „Hirnschlag" zu Grunde gehen.

Wohin haben wir nun den Sitz der Krankheit zu verlegen?

Es kann dies offenbar nur eine Stelle sein, wo die Fasern für den Sphincter pupillæ und den Ciliarmuskel nahe beisammen liegen und von den übrigen Zweigen des Oculomotorius genügend getrennt sind, um isolirt erkranken zu können. In allen Fällen haben wir ja die Parese des Irissphincter-Accommodationsmuskels auftreten sehen, ohne dass die vom Oculomotorius versorgten äussern Augenmuskeln irgend welche Abnormität erkennen liessen.

Durch die schönen Untersuchungen von *Hensen* und *Völckers* [1]) einerseits, von *Kahler* und *Pick* [2]) anderseits ist festgestellt, dass die Ursprünge der Sphincter- und Accommodationsnerven den vordersten Theil des Oculomotoriuskerns einnehmen. Sie liegen unmittelbar hinter einander — und zwar das Accommodationscentrum am meisten nach vorn — im hintern Theile des Bodens des III. Ventrikels. Unmittelbar darauf folgt dann das Innervationscentrum für den R. internus und die übrigen, vom Oculomotorius versorgten Muskeln. Ueber die Reihenfolge dieser

[1]) *Hensen-Völckers.* 1) Accommodationsmuskel, 2) Sphincter iridis, 3) R. internus, 4) R. superior, 5) Levator palp. sup., 6) R. inferior, 7) Obliquus infer. Trochlearis.

[2]) *Kahler-Pick.* 1) Accommodationsmuskel, 2) Sphincter iridis, medial: 3) R. internus, 4) R. infer., lateral: 5) Lev. palp. sup., 6) R. supr., 8) Obl. infer. Trochlearis.

letztern weichen die beiden Schemata etwas von einander ab, während bezüglich der Centren für Accommodation, Iris und R. internus, wie bereits mitgetheilt, vollkommene Uebereinstimmung besteht.

Diese Thatsache ist für die Localisirung der uns beschäftigenden Affection maassgebend. An keiner andern Stelle sind die Iris und Accommodation beherrschenden Nerven zugleich so nahe beisammen und doch wieder von den übrigen getrennt. Wir gehen darum kaum fehl, wenn wir für die isolirte einseitige Accommodations- und Pupillenlähmung, die *Hutchinson*'sche Ophthalmoplegia interna, eine nucleare Ursache postuliren und dieselbe zunächst in den vordern Theil des Oculomotoriuskerns verlegen. Hier kann dieselbe isolirt bleiben, oder aber es können sich mit der Zeit durch Fortschreiten der Krankheit anderweitige Muskellähmungen hinzugesellen.

Schwieriger ist es schon, eine bestimmte Ansicht über den pathologisch-anatomischen Vorgang zu formuliren. Sectionsergebnisse, die auf den besprochenen Symptomencomplex gerichtet wären, gibt es nicht. Wohl theilt *Alexander* mit, dass 5 von seinen Kranken — meist in Irrenanstalten — gestorben seien; doch fehlt, mit Ausnahme eines einzigen Falles, jede Mittheilung über ein Obductionsergebniss. Von diesem Falle aber ist nur gesagt, dass die Untersuchung multiple Erweichungsherde ergeben habe — eine Mittheilung, die kaum geeignet ist, unsere Kenntnisse wesentlich zu fördern.

Der einzige, zur Section gelangte Fall stammt aus der Praxis von *Hutchinson*, kann jedoch an dieser Stelle darum nicht recht verwerthet werden, weil während des Lebens neben Lähmung von Pupille und Accommodation auch Zeichen von Ophthalmoplegia externa und anderweitige Complicationen bestanden hatten. Die von *Gowers* vorgenommene anatomische Untersuchung ergab in den Ursprungskernen und den Wurzeln der ergriffenen Gehirnnerven genau dieselben Veränderungen, die man in den Vorderhörnern des Rückenmarks und den Wurzeln der Spinalnerven bei progressiver Muskelatrophie zu finden pflegt.

Wernicke meint, dass das Krankheitsbild der eigentlichen nucleären Augenmuskellähmung, der Ophthalmoplegia externa *Hutchinson*'s, am besten erklärt sei durch Annahme einer primären Degeneration der in den Nervenkernen enthaltenen Ganglienzellen. Und es wird wohl am richtigsten sein, wenn wir diese Ansicht bis auf Weiteres auch für unsere Fälle, für die Ophthalmoplegia interna, gelten lassen.

Warum der pathologische Process mit besonderer Vorliebe sich auf einen so kleinen Bezirk begrenzt, das bleibt allerdings vor der Hand noch unerklärt.

Ich möchte diese auffallende Prädilection von functionell mit einander verknüpften und zugleich nahe beisammen liegenden Kerngebieten in einer gemeinsamen, gegen die Nachbarschaft jedoch strenge abgegrenzten Gefässversorgung suchen.

Nun wissen wir durch die Untersuchungen von *Duret*, dass die aus der Art. basilaris zu den Nervenkernen aufsteigenden Arterienäste Endarterien sind. Verengerung oder Verschluss derselben muss also rasch auftretende Gewebsdegeneration in den bisher von ihnen versorgten Gebieten zur Folge haben.

Durch *Heubner* haben wir ferner in der „syphilitischen Endarteritis“ eine Krankheit kennen gelernt, welche ganz besonders gerne an den Hirnarterien auftritt und zu beträchtlicher Verengerung, sogar zu vollständigem Verschluss der betroffenen Gefässe führt. Dass diese — erst in den spätern Stadien der Lues auftretende — Gefässerkrankung nicht, wie der atheromatöse Process, ziemlich gleichmässig sich verbreitet, sondern gerne die Arterien fleckweise befällt, könnte zugleich erklären, warum Accommodation und Pupille nicht immer in gleichem Grade betroffen sind, sondern bald die eine, bald die andere mehr in Mitleidenschaft gezogen ist.

Ueber Diphtherie.

Von Dr. **J. M. Ludwig** in Pontresina.

Im Herbst 1886 schloss Collega *Seitz* seinen Vortrag in Olten mit dem Résumé: die Diphtherie ist eine ansteckende Krankheit und sollte wie die Pocken durch strenge Absperrung und Desinfection bekämpft werden. In seiner erweiterten, höchst interessanten und lehrreichen Abhandlung (Nr. 2—6 d. Bl. 1887) sucht er jenen Gedanken zu begründen.

Meine Erfahrungen haben mich zu andern Anschauungen geführt, deren Darlegung ich aber erst einige Worte vorausschicken muss über die Diagnose der Diphtherie und zweier Krankheiten der Tonsillen, die folliculäre oder lacunäre und die „nicht specifische, oberflächlich necrotisirende“ Tonsillitis. Diese zwei Entzündungsformen der Mandeln befallen den Menschen auch acut, mit Fieber bis 40°, oft epidemisch, besonders in Hausepidemien, das Fieber lytisch verlierend; die Halsdrüsen sind dabei stets angeschwollen und druckempfindlich. Eine Verwechslung mit Diphtherie kann bei der folliculären Form durch einen aussergewöhnlichen Belag der Tonsillen veranlasst werden; in den von mir beobachteten Fällen konnte ich schon an der ganz weissen Farbe des Belages und an der normalen Schleimhaut, von welcher der Ueberzug mit Leichtigkeit abgehoben werden konnte, das Harmlose der Affection erkennen. Ich hätte die folliculäre Tonsillitis hier auch nicht erwähnt, hätte nicht *E. Wagner* im Jahrbuch der Kinderheilkunde, XXIII, 4. Heft, einen Fall veröffentlicht, der zu gleicher Zeit mit ächten Diphtheriekranken aus dem gleichen Hause in's Spital kam und mehrere Tage hindurch local nur die Erscheinungen der folliculären Amygdalitis darbot, die sich sogar durch die Section bestätigte. Da man jedoch bei der Section einen diphtherischen Belag auf der hintern Seite des Gaumensegels fand, so glaube ich, es habe in jenem Fall eben die einfache Tonsillitis neben der Diphtherie bestanden. Die folliculäre Tonsillitis kommt so häufig vor und so unabhängig von Diphtherie, dass mir diese Deutung des Falles als einzig mögliche erscheint.

Die zweite Form, welche *Wagner* die „nicht specifische, oberflächlich necrotisirende Amygdalitis“ nennt, ist wohl die Angine couenneuse der Franzosen, die diphtheritic sore throat der Engländer; sie producirt auf den Tonsillen einen weisslichen, fest aufsitzenden Belag, der jedoch dünner, feuchter und glänzender als ein diphtherischer ist und fast nur

auf den einander zugekehrten Flächen der Mandeln liegt. Diese Pseudo-Diphtherie, wie ich sie lieber nennen möchte, befällt fast ausschliesslich Erwachsene, setzt sich nie über die Mandeln hinaus fort und verläuft stets gutartig. Der Belag ist in 2—4 Tagen verschwunden, wird in seltenen Fällen auch in kleinen Fetzen ausgespuckt.

Die Pseudo-Diphtherie entsteht wie die folliculäre Entzündung hauptsächlich durch stinkende Abtritt- und Küchengruben, schlechte Drainage u. dgl. In England und Nordamerika hat sich diese Ansicht schon seit Jahrzehnten bei Aerzten und Laien festgewurzelt. Eigene Beobachtungen führten mich nach längerem Widerstreben zur gleichen Ueberzeugung.

Ich habe während einer Reihe von Jahren jeden Sommer kleinere und grössere Hausepidemien in unsern Hôtels auftreten sehen. Diese Epidemien zeigten sich nie vor August, meist erst Ende August, nachdem die Hôtels also schon seit mehreren Wochen voll waren und durch Abtritte und Küche schon viel Unrath gegangen. Im Anfang der Saison kamen auch, jedoch ganz selten, vereinzelte Fälle vor. Die Hausepidemien ergriffen wiederholt bis 10% sämmtlicher Insassen. Vom Dienstpersonal waren die Küchenangestellten am meisten befallen; wir hatten mehrere Male förmliche Küchenepidemien. Einer der schwersten Fälle, den auch ein beigezogener, sehr bekannter Londoner Arzt nicht zu rubriciren wusste, kam in einem Zimmer vor, durch dessen Wand die rohgemauerte Abtrittröhre zog.

Einzelne Hôtels hatten Jahr für Jahr ihre Hausepidemien, und zwar waren es gerade die hygieinisch am schlechtesten eingerichteten, während besser drainirte nur wenige Fälle zeigten, die sich ja bei Visiten in den schlechtern Häusern inficirt haben mochten.

Seit wir bessere Einrichtungen besitzen, sind die Pseudodiphtherie und die folliculäre Tonsillitis ganz auffallend seltener geworden, die Hausepidemien in den Hôtels haben ganz aufgehört.

Merkwürdigerweise scheinen die Keime dieser beiden anatomisch leicht trennbaren Entzündungen auf dem gleichen Boden zu gedeihen wie Diphtherie und sich auch im Menschen auf dem gleichen Boden, den Mandeln festzusetzen. Ich sah sie in jenen Hausepidemien bald bunt durch einander, bald eine Menge Erkrankungen der einen Form mit ganz seltenen der andern. Wie bei der Pneumonie erleichtern Erkältungen die Infection.

Da es auch unzweifelhafte Fälle ächter Diphtherie gibt, bei denen der Belag nur auf den Mandeln sitzt, so wissen wir oft nicht, ob wir es mit falscher oder wahrer Diphtherie zu thun haben. Zur Diagnose Diphtherie ist ein festsitzender, schmutzig-weisser Belag unerlässlich; eine catarrhalische Form scheint mir nicht bewiesen zu sein. Bei Zweifeln zwischen wahrer und Pseudo-Diphtherie müssen das Alter, die hygieinische Geschichte des Wohnhauses, Familiendisposition, gleichzeitiges Vorhandensein oder Fehlen anderer Fälle entscheiden. Höher als Drüsenanschwellung und Fieber steht mir diagnostisch der Puls; ich habe selbst bei den leichtesten Diphtheriefällen eine zur Temperatur in keinem Verhältniss stehende, hohe Pulsfrequenz gefunden. Aber es werden uns bis zu weiterer Er-

kenntniss immer noch viele Fälle im Zweifel lassen: dann thun wir am besten, unserm Berufe treu Pessimisten zu bleiben.

Ehe ich mich über die Aetiologie und Verbreitungsart der Diphtherie ausspreche, will ich die an meinem Wohnort gesammelten Erfahrungen mittheilen.

Wenn ich die zweifelhaften Fälle mitzähle, so kamen in Pontresina von 1870 bis 1877 unter den Einheimischen keine, unter den Fremden drei sporadische, gutartige Fälle bei Erwachsenen zur Behandlung. Eine kleine Scharlachepidemie, die mit Diphtherie complicirt war, übergehe ich. Anno 1877 zeigten sich drei weitere sporadische, gutartige, zweifelhafte Fälle bei fremden Erwachsenen. Der erste unzweifelhafte Fall betraf 1878 den hiesigen Postmeister in seinem nicht gerade hygieinisch gehaltenen Hause; seine drei Kinder, alle unter 10 Jahren, blieben im gleichen Schlafzimmer unangesteckt. Woher der Vater seine Diphtherie bezogen, war nicht zu ermitteln. Dann kam 1879 und 1880 je ein unsicherer Fall bei Fremden, 1880 auch ein solcher bei einem aus dem Militärdienst Zurückgekehrten, lauter Erwachsene.

Bis 1884 kein neuer Fall; im Frühjahr 1884 erkrankte in meiner Abwesenheit ein 78jähriger Greis; der ganze Rachen soll belegt gewesen und grosse Fetzen ausgespuckt worden sein; die fünf ein bis dreizehn Jahre alten Kinder in derselben Wohnung blieben gesund. Am 31. Juli des gleichen Jahres erkrankte unser 12jähriger Depeschenträger, der Sohn des anno 1878 erkrankten Posthalters, und am 4. September der Briefträger. Im Zimmer des Depeschenträgers schliefen noch ein älterer Bruder und zwei jüngere Geschwister; im Zimmer des Briefträgers dessen einjähriges Kind. Alle diese Zimmergenossen blieben gesund.

Lässt man die zweifelhaften Fälle weg, so hätten wir bis Ende 1884 nur 4 Diphtheriefälle, von denen der jüngste 12 Jahre alt war; drei dieser Fälle betrafen Postangestellte (Post und Telegraph sind in zwei neben einander liegenden Zimmern).

Die Diphtherie war in den umliegenden Ortschaften während einiger Jahre endemisch und forderte, zumal zur Winterszeit, viele Opfer. Wir freuten uns unserer Immunität, bis wir im Sommer 1885 ebenfalls eine kleine Epidemie erlebten.

Am 6. Juni erkrankte der erste Fall, ein Kindsmädchen im Hause A., einem unserer schmutzigsten Häuser. Woher das Mädchen den Keim erhalten, blieb unaufgeklärt. Nachdem es Zimmer und Gänge vollgespuckt hatte, wurde es am 8. Juni in unser Spital gebracht, von wo es Ende Juni nach schwerer Krankheit geheilt zu seinen Eltern (bei Thusis) zurückkehrte. Das Haus A. wurde von Gemeindeangestellten von oben bis unten gefegt, Abtritt- und Stallmist entfernt, die Gruben, Zimmerböden, Wände, Wäsche bestmöglich desinficirt. Trotzdem erkrankte im gleichen Haus Ende Juni ein Kind, Mitte Juli wieder eines. Diese Fälle wurden weder angezeigt noch behandelt, die Kinder waren viel auf der Strasse, wo sie mit andern Kindern spielend diphtherische Membranen ausspuckten, wie mir die Mutter nachträglich selbst mittheilte, als sie mich zu ihrem zwei Jahre alten Kind rufen liess, das auf der Strasse von einer fremden Dame wegen seines geschwollenen Halses diphtherieverdächtig erklärt worden war. Dieses Kind starb am 6. August im Spital, wohin es am 30. Juli gebracht worden.

Eine italienische Vagantin, die ich am 1. August mit Diphtherie antraf, veranlasste in ihrer schmutzigen Herberge keine weitern Erkrankungen.

Der nächste Fall betraf einen Engländer in der Dépendence des Hôtel B., der am 27. Juli nach Pontresina gekommen und am 31. erkrankt war. Bis zum 3. August wurde er von einem Landsmanne behandelt, am 4. liess ich ihn in's Spital transportiren, das er am 15. geheilt verliess. Mit dem Engländer wurde ein Zimmerkellner in's Spital geschickt, der ihn im Hôtel bedient hatte und schon am 2. August belegte Mandeln zeigte, die ich für Pseudodiphtherie hielt und die auch später eine zweifelhafte Bedeutung hatten. Der Kellner kehrte am 12. August in's Hôtel zurück.

Zwei leichte, zweifelhafte Halsaffectionen zeigten sich im gleichen Hause am 10. und 16. August und zwei weitere ebenfalls nicht sicher zu diagnosticirende Fälle am 11. und 14. August im Hôtel B. selbst; diese 4 Fälle heilten alle leicht. Irgendwelche persönliche Beziehungen mit dem ursprünglichen oder andern Diphtherie-Herden war für die Fälle des Hôtel B. nicht nachzuweisen.

Im Gegentheil: die kinderreiche Nachbarschaft, die mit den ambulanten Fällen des

zuerst inficirten Hauses A. in nahen und wiederholten Contact gekommen, blieb vollständig verschont, während dann Mitte August plötzlich das Hôtel C. schwer heimgesucht wurde, das vom Hôtel B. und dem ersten Herd weit entfernt liegt und mit beiden Häusern keine nähern Verbindungen unterhielt. Am 15. August zeigte das zehnjährige Mädchen V. des Wirthes, das sich schon zwei Tage unwohl gefühlt hatte, tiefe, jauchig stinkende Substanzverluste beider Mandeln. Sofortige Evacuation der Geschwister in andere Zimmer. Am folgenden Morgen hatte das 12jährige Töchterchen L. diphtherischen Belag des Rachens und wurde nun mit ihrem kranken Schwesterchen im gleichen Zimmer verpflegt, während die vier übrigen Kinder, darunter ein Mädchen, das mit L. die letzte Nacht im gleichen Bett geschlafen, jetzt in ein anderes Haus gebracht wurden. V. starb am 22. August, L. genas, wurde am 25. August am ganzen Körper desinficirt und aus ihrer Haft entlassen. Im Uebrigen wurden hier sicherlich keine der bekannten Vorsichtsmaassregeln vernachlässigt: Urin, Excremente, Ausgespucktes wurden in einem tiefen Loch in einer Wiese vergraben, nachdem sie erst mit Sublimat desinficirt worden. Ebenso wurde in Bezug auf Wäsche, Betten, Zimmer, Personen alle mögliche Vorsicht angewandt. Für pünctliche Ausführung des Angeordneten bürgte mir die Hausfrau, deren Intelligenz, Gewissenhaftigkeit und Aengstlichkeit mir seit bald 20 Jahren genugsam bekannt ist.

Am 24. August erkrankte im gleichen Hôtel eine Wäscherin, am 1. September eine Saalkellnerin an verdächtigem Mandelbelag. Beide wurden sofort im Spital isolirt.

Am 1. September kehrten die gesunden Kinder in's Hôtel zurück, bezogen jedoch frische Zimmer, das ehemalige Krankenzimmer wurde seither von der Familie nie mehr benützt. Am 8. September erkrankte der 7jährige Knabe F., am 3. October das 8jährige Töchterchen S., beide an leichter, aber unzweifelhafter Diphtherie. Beide Fälle wurden sofort im Hause in besondern Zimmern isolirt und mit aller Vorsicht wie etwa bei Blattern verfahren. Damit hatte die kleine Epidemie ihr Ende erreicht und sind seither nur einzelne sporadische Fälle vorgekommen. Der erste dieser Fälle traf das jüngste, circa 2½jährige Kind des Wirthes im Hôtel C. Dasselbe erkrankte im Mai 1886, kurze Zeit nachdem die Familie wieder ihr sommerliches Esszimmer im Souterrain bezogen. Während nämlich das Hôtel sonst gute hygieinische Einrichtungen hat, erfüllt der Abzugscanal der Pissoirs und Küche das Souterrain gelegentlich mit seinen Gasen.

Seither ist jene Familie von weiterer Erkrankung verschont geblieben.

Im Sommer 1886 zeigten sich einige dubiöse Fälle bei Fremden. Der Winter 1886/87 war ganz seuchenfrei, da erkrankte Ende Mai plötzlich und ohne nachweisbare Infection das dreijährige Kind des Briefträgers an Croup, dem es in der Nacht vom 1. auf den 2. Juni erlag. Sein Vater hatte, wie oben erwähnt, am 4. September 1884 im gleichen Hause Diphtherie durchgemacht, seither war dort kein Fall mehr vorgekommen. Am 23. Juni erkrankte das 2jährige Brüderchen des Verstorbenen an Diphtherie, von der es genas.

Am andern Ende des Dorfes trat Anfang September der nächste Fall auf bei einem 12jährigen Knaben, in einem Hause, wo früher nie Diphtherie gewesen. Der Knabe kam als Brodträger in fast alle Häuser des Dorfes. Seine beiden 18—20 Jahre alten Schwestern erkrankten etwa 14 Tage nach ihm, alle drei genasen. Die Familie ist weder ordnungsliebend noch reinlich.

Am 19. September sah ich den letzten ächten Diphtheriefall bei einem 19jährigen Fräulein in einem bisher nie inficirten Haus, ohne alle nachweisbare Verbindung mit den andern Fällen. Ihr Bruder war vor etwa 7 Jahren in Thal an Diphtherie gestorben.

Das sind in kurzen Zügen meine localen Erfahrungen über Diphtherie — denen die in der Umgegend gemachten nicht widersprechen.

Wenn eine Epidemie in einer kleinen Ortschaft keine grossen Zahlen aufweisen kann, so sind dafür die Fäden des Verkehrs übersichtlicher und man lernt Leute und Häuser näher kennen als an volkreichen Verkehrscentren.

Unter meinen Fällen ist nicht ein einziger, der ausschliesslich auf Ansteckung durch Contagion zurückzuführen wäre. Keine mir bekannte contagiös-epidemische Krankheit tritt so auf wie Diphtherie. Bei Masern, Scharlach, Blattern kommen

nicht so viele sporadische Fälle vor, deren Herkunft dunkel ist, und bei denen trotz reichlicher Gelegenheit keine Ansteckungen erfolgen. Wenn eine der genannten contagiösen Krankheiten in einer Familie auftritt, so erkrankt in der Regel erst nur eine Person, nach Ablauf der Incubation werden fast immer mehrere Geschwister zu gleicher Zeit befallen, und haben diese die Krankheit durchgemacht, so ist die Hausepidemie erloschen. So ist das typische Auftreten einer contagiösen Krankheit, wenn keine Absperrungen stattfinden. Ganz anders bei der Diphtherie. Diese befällt gar nicht selten zwei, drei und mehr Personen zu gleicher Zeit in vorher immunen Häusern. Die nächsten Fälle folgen in allen erdenklichen Intervallen: nach wenigen Tagen, nach einigen Wochen, oft erst nach vielen Monaten.

Contagiöse Krankheiten verbreiten sich am liebsten in die Nachbarhäuser oder zu Freunden und Verwandten, mit denen die Inficirten in regerem persönlichem Verkehr stehen. Die Sprünge, welche die Diphtherie in Pontresina gemacht hat, schliessen den persönlichen Verkehr als Ursache der Verbreitung fast ganz aus.

Das Gleiche hat College *J. Michel* in seiner Preisschrift „Die Diphtheritisepidemie 1876/77 in Malans“ dargethan. In seiner lebendigen Schilderung dieser fürchterlichen Epidemie erwähnt *Michel* auch der ersten Diphtherie-Epidemie, die Graubünden überhaupt heimgesucht hat; sie betraf das abgelegene, 1400 m. hohe St. Antönien, wo sie 1867 begann, 1¼ Jahr dauerte und von 350 Einwohnern 22 (7%) hinraffte. Er findet, dass auch dort gegen eine Contagion sprechen: „die paarweisen Erkrankungen in acht Häusern und Erkrankungen auf entlegenen Höfen, deren Bewohner nie mit Kranken oder deren Angehörigen in Berührung gekommen.“

Masern, Blattern, Scharlach können durch rechtzeitige strenge Isolirung und nachfolgende Desinfection mit Sicherheit an weiterer Ausbreitung gehindert werden, bei Diphtherie sind diese Maassregeln erfolglos.

Wer eine epidemisch-contagiöse Krankheit einmal durchgemacht hat, wird nur ganz ausnahmsweise wieder von der gleichen Krankheit befallen; bei der Diphtherie ist es gar nichts Seltenes, dass sie sich im gleichen Individuum zwei- und mehrmals entwickelt.

Eine contagiöse Krankheit im gewöhnlichen Sinne hat eine bestimmte Incubationsdauer, die nur wenige Tage variirt. Wer die Incubationszeit der Diphtherie zu nennen weiss, sagt uns eine grosse Neuigkeit. Solche Angaben sind zwar allerdings schon öfter gemacht worden, sie schwanken denn auch zwischen zwölf Stunden und drei Wochen! Nur in den seltenen Fällen einer directen Uebertragung oder besser einer Ueberimpfung durch Küssen, Aussaugen von Canülen u. dgl. können die Incubationstage gezählt werden und gibt *Oertel* für solche Fälle 2—5 Tage an.

Durch die verletzte Epidermis und wahrscheinlich durch die unverletzte Schleimhaut kann aber auch Syphilis übertragen werden, die wir deswegen noch nicht zu den contagiös-epidemischen Krankheiten zählen.

Da das Wort „contagiös“ ein vager Begriff ist, der auf Masern so gut wie

auf Krätze passt, so will ich meine Anschauung über die Ansteckungsfähigkeit der Diphtherie mit einem Beispiel präcisiren.

Führe ein Ungeimpfter mit einem Blatternkranken zusammen in einem geschlossenen Wagen, auch ohne die Haut des Kranken direct zu berühren, so wäre eine Infection fast absolut sicher, während ein zur Diphtherie Disponirter ungestraft mit einem Diphtheriekranken zusammenfahren und ihm zum Abschied kräftig die Hand drücken dürfte, wenn er es vermeidet, dass ihm der Kranke Schleim auf seine Schleimhäute schleudert. In gleicher Weise wird auch ein Typhuskranker seinen Wärter nur inficiren können, wenn letzterer typhöse Stuhltheile schluckt.

Einen directen Beweis gegen die „Contagiosität" der Diphtherie ersehe ich aus der Thatsache, dass im Zürcher Cantonsspital bei 249 aufgenommenen Diphtheriekranken nur 2 Spitalinfectionen vorkamen, obgleich die Diphtherie-Zimmer mitten im Haus liegen. Das wäre bei ebenso vielen Scharlach-, Masern- oder Varicellenkranken undenkbar.

Wenn auch Diphtherie überimpfbar ist, sei es direct von der Schleimhaut eines Kranken auf die eines Gesunden oder auf eine Wunde, so spielt in der Ausbreitung der Krankheit die Ansteckung von Person zu Person sozusagen keine Rolle; die Krankheitskeime setzen sich an geeigneten, wahrscheinlich schmutzig-feuchten Stellen in Gebäuden fest und inficiren von dort aus die Disponirten, die ihnen in die Nähe kommen.

Für die Annahme eines solchen Hausmiasmas sprechen noch folgende Gründe:

1) Es ist von allen Autoren anerkannt, dass einzelne Wohnhäuser stets wieder, wenn auch mit monate- und jahrelangen Intervallen Diphtherie erzeugen. Das hebt auch *Seitz* hervor (Corr.-Bl. 1887, Nr. 4, S. 106).

2) Prof. *E. Wagner* in Leipzig hat wiederholt beobachtet, dass eine Familie, die wegen Diphtherie ihre Wohnung verlassen, dieselbe der vermeintlich gründlichsten Desinfection unterworfen und sie monatelang unbewohnt gelassen, bald nach dem Wiederbezug derselben abermals von Diphtherie zu leiden hatte.

3) College *G.* in Burgdorf beobachtete in ein und demselben Bett eines Privathauses mehrere Diphtheriefälle hinter einander. Bei näherer Untersuchung fand er hinter dem Bett eine schimmlige, modernde Tapete; diese wurde entfernt und es blieben weitere Erkrankungen aus.

4) College *K.* in Chur behandelte in einer Familie wiederholt Diphtheriefälle, die stets im gleichen Zimmer krank lagen. Da die Erkrankungen immer wiederkehrten, rieth er der Familie an, die Wohnung zu verlassen. In die verlassene Wohnung zogen neue Miethsleute ein und als in den Betten, die an der gleichen Wand wie die frühern Krankenbetten standen, wieder Diphtherie auftrat, liess *K.* die Tapete wegreissen und da zeigte sich in der Wand des Zimmers eine alte Abtrittröhre. Nachdem diese weggerissen und Mauer und Tapete erneuert waren, hörten die Erkrankungen auf.

5) Der Umstand, dass die Diphtherie sich primär — mit Ausnahme der In-



cubationsdiphtherie — auf den Mandeln, dem Kehlkopf, der hintern Velumwand oder der Nasenschleimhaut u. s. w. niederlässt, spricht dafür, dass die infectiösen Keime mit der Luft eingeathmet werden.

Wenn nach *Neukomm* zwei Drittel sämmtlicher Erkrankungen an Diphtherie auf den Winter fallen, so wird dadurch die Verbreitung durch Contagion nicht wahrscheinlicher als die durch ein Hausmiasma, da im Winter die künstliche Wärme die Bodenluft mehr in die Häuser zieht, die Wohnräume weniger gelüftet werden und Kinder wie Erwachsene mehr im Hause sind.

Will man für die grössere Zahl weiblicher Patienten den grössern Umgang derselben mit Kindern verantwortlich machen, so kann der Nichtcontagionist mit ebenso viel Recht sagen, dass die weiblichen Individuen mehr zu Hause sind als die männlichen und durch ihre Hausarbeiten sich einem eventuellen Miasma mehr aussetzen.

Da in Basel, wo in Folge schlechter Erfahrungen mindestens ebenso viel Vorsicht wie im Zürcher Cantonsspital angewandt wurde, Diphtheriefälle im Kinderspital selbst zahlreich auftraten, so ist die Annahme eines Hausmiasmas die natürlichere, hat man doch in Basel trotz allem Bemühen die Art der Uebertragung von Kranken auf Gesunde nicht herausgefunden.

Wie die Diphtheriekeime in die Häuser gelangen, dafür habe ich keinerlei Anhaltspunkte. Dass Kranke ein Haus inficiren und zu einer bleibenden oder wenigstens langkeimenden Brutstätte machen können, liegt nahe. Möglich wäre es auch, dass durch Gegenstände aller Art Keime verschleppt werden, welche erst auf einem geeigneten Nährboden sich in infectiöse Formen umwandeln. Ich habe aber nirgends Beweise dafür gefunden. So habe ich auch umsonst nachgeforscht, ob Bezugsquellen für Milch, Fleisch, Brot, Gemüse, Obst zugleich Infectionsquellen sein könnten.

Das Trinkwasser ist jedenfalls in Pontresina als unschuldig zu bezeichnen; wir besitzen eine ideale Wasserversorgung, unsere Quellen entspringen oberhalb aller Landwirthschaft und werden in gusseisernen Röhren unter einem Druck bis zu 10 Atmosphären in und durch das Dorf geleitet.

Es war mir auch nicht möglich, irgend ein Hausthier der Infection zu beschuldigen. Bei den abgelegenen Höfen St. Antöniens denkt man unwillkürlich an beflügelte Vermittler.

Für die Sanitätspolizei ist die Art der Verbreitung der Diphtherie von fundamentaler Bedeutung. Contagionisten werden die Ausbreitung zu bekämpfen suchen durch strengste Absperrung der Kranken und Desinfection derselben und der mit ihnen in Berührung gekommenen Gegenstände. Miasmatiker werden in allererster Linie eine hygieinische Untersuchung des Hauses und eventuelle Abhülfe daselbst verlangen; sodann Unschädlichmachen alles dessen, was aus Mund und Nase und eventuell anderen erkrankten Theilen kommt. Für die gesunden Hausgenossen gibt es nur eine sichere Prophylaxe: die Wohnung auf immer zu verlassen. Wenn sich dies auch nicht oft ausführen lässt, so kann für kleine Kinder sehr disponirter Familien schon eine Entfernung bis zu einem widerstandsfähigen Alter lebensrettend sein.

Das Betreten der Wohnung eines Diphtheriekranken kann polizeilich nicht verboten werden, da es consequenter Weise für Jahre oder eigentlich für immer zu verbieten wäre; denn das Haus ist nach Genesung der Kranken gerade so gefährlich als während der Krankheit. Trotz aller Gesetze und Gewalt ist die öffentliche Sanitätspolizei immer auf die Einsicht und den guten Willen der Bevölkerung angewiesen und sind deshalb alle unnöthigen Absperrungen im Interesse der nöthigen ängstlich zu vermeiden. Das Ausgehen kann man Diphtheriekranken gestatten, dagegen sollte ihnen das Betreten gesunder Wohnungen verboten werden.

Als ich im Kränzchen der Oberengadiner Aerzte die Diphtherie zur Sprache brachte, machten die ältern Collegen, die vor bald 40 Jahren bei uns zu practiciren begannen, einige sehr interessante Mittheilungen. College *A. Courtin* berichtete, dass Sils-Maria bis 1873 keine Diphtherie hatte; sie debütirte damals mit einem tödtlich verlaufenden Fall, dessen Herkunft dunkel geblieben. Obgleich weder abgesperrt noch desinficirt wurde, blieben die vier jüngern Geschwister des Patienten gesund und kam auch im Ort keine weitere Erkrankung vor.

Eine höchst merkwürdige Erfahrung machte College *Bernhard* in Scanfs. Der erste Fall, den er im Engadin gesehen, kam Ende der 60er Jahre in Ponte vor und betraf eine Familie, die in Italien alle ihre Kinder an Diphtherie verloren hatte. Als sich die Frau wieder guter Hoffnung fühlte, kam sie, im 5. Monat ihrer Schwangerschaft, nach Ponte, um dort ihr Zukünftiges sicher zu haben; sie gebar zur rechten Zeit einen gesunden Knaben, der in Ponte ½ Jahr alt an Diphtherie erkrankte und starb! Es ist mir nicht wahrscheinlich, dass die Familie in ihren Effecten die Diphtheriemicroben mitgebracht, da sie aus Angst vor der Krankheit, die sie floh, jedenfalls solche Reinigungen vorgenommen, die gegen eine contagiöse Krankheit genügt hätten. Der Fall ist ein neuer Beweis für die vielfach constatirte Familiendisposition, die bei Diphtherie eine wichtige Rolle spielt.

Es wurde ferner von einem Kind berichtet, das ein Jahr, nachdem es Diphtherie durchgemacht hatte, diese wieder bekam, als es zum ersten Male wieder die Kleidung anzog, die es während der ersten Erkrankung getragen. Mir scheint hier ein Zufall gewaltet zu haben. Blieben Diphtheriekeime so lange in Kleidern ansteckungsfähig, so müsste der persönliche Verkehr sich in der Ausbreitung der Krankheit mehr geltend machen, als es wirklich geschieht. Vielleicht hatte das Mädchen auch den Ort, wo die Kleider aufbewahrt waren, so lange nicht mehr betreten.

In unserm Kränzchen wurde ferner die Vorliebe der Diphtherie für schmutzige Häuser und die Abhängigkeit der folliculären Tonsillitis und der Pseudodiphtherie von schlechter Drainage bestätigt.

Es wäre zu wünschen, dass die Diphtherie, die dunkelste und schlimmste epidemische Krankheit, die unser Land heimsucht, in beständiger Discussion bliebe, und hoffe ich, meinerseits genügend zum Widerspruch gereizt zu haben.

Vereinsberichte.

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

Vierte Sitzung im Wintersemester 1887/88, Dienstag den 20. December 1887, Abends 8 Uhr, im Casino.[1])

Präsident: Dr. *Schaerer.* — Actuar: Dr. *Dumont.*

Anwesend 23 Mitglieder und 1 Gast.

1. Dr. *E. Emmert* hält einen ophthalmologischen Vortrag über den **Frühjahrs-Catarrh.**

Von dieser ziemlich seltenen, zuerst von *Desmarres* als Hypertrophie péri-cératique, von *v. Gräfe* als gallertige Verdickung des Limbus, von *Hirschberg* als Phlyctäna pallida, von *Sämisch* als Frühjahrscatarrh beschriebenen, und von *Vetsch* und *Horner*, welcher 42 Fälle gesammelt hat, auch microscopisch untersuchten Erkrankung der Bindehaut, hat der Vortragende 29 Fälle aus den letzten 10 Jahren seiner ärztlichen Praxis zusammengestellt.

Dieses im Frühjahr bezw. Sommer oft Jahre lang hintereinander wiederkehrende, sich bei heisser Witterung jeweilen verschlimmernde und bei Eintreten der kalten Jahreszeit theilweise oder gänzlich verschwindende Leiden, sah *E.* am häufigsten in den Monaten Juni (10 Fälle) und Juli (6 Fälle), gar nicht in den Monaten Februar, März und April.

Das Alter seiner Patienten schwankte zwischen 7 und 51 Jahren; die grösste Zahl von Fällen fand er im 12. Lebensjahre. Unter den 29 Fällen kamen 18 auf männliche, 11 auf weibliche Individuen.

Ausser durch einen gewissen Grad von Lichtscheu, Gefühl von Stechen und Brennen in den Augen, geringe Schleimsecretion, charakterisirt sich die Erkrankung durch einen eigenthümlich schläfrigen Ausdruck der Patienten, bedingt durch leichtes Herabgesunkensein der oberen Lider, nicht selten auch eine gewisse Verdickung derselben; ferner durch Mattigkeit und fahles Aussehen der Conj. bulbi, mitunter auch verminderten Glanz der Cornea; durch mehr oder weniger starke Injection einzelner Blutgefässe der Conj. bulbi, vorzüglich im Lidspaltenbezirk; ganz besonders aber durch vereinzelte oder zahlreiche, kleinere oder grössere, auf dem Limbus conjunctivæ, nicht selten auch theilweise auf dem Cornearand, am häufigsten im Lidspaltenbezirk sitzende, der Conjunctivitis phlyctänularis ähnliche, aber blasse, fast durchsichtige, knorpelharte und fest aufsitzende Knötchen. Aehnliche Bildungen findet man auch an der Innenfläche der oberen Lider, wo jedoch wegen des Druckes, mit welchem die letzteren auf dem Augapfel aufliegen, jene Wucherungen eine veränderte Form haben und mehr oder weniger flach gedrückte, blumkohlartige, vereinzelte oder zahlreiche Gebilde mit dünnem Stiel darstellen. Dabei sieht die Conj. palpebrarum super. et infer. fast immer wie mit Milch übergossen aus. Diese Erscheinung ist so charakteristisch, dass einzig aus dieser auf einen Frühjahrscatarrh geschlossen werden kann.

Emmert unterscheidet je nach dem Ort des Auftretens drei Arten des Frühjahrscatarrhs: solchen, wo nur die Conjunctiva bulbi, resp. der Limbus conjunctivæ, solchen, wo nur die Conj. palpebrarum superiorum oder inferiorum oder beider, und solchen, wo Limbus und Conj. palpebrarum ergriffen sind.

Bei allen drei Formen können streifige Trübungen in der Cornea vorkommen.

In 8 der 29 Fälle war einzig die Conj. bulbi, resp. der Limbus erkrankt, ohne andere Veränderung der Conj. palpebrarum als milchartige Blässe, die jedoch in einzelnen Fällen kaum bemerkbar war; in 8 andern Fällen war nur die Conj. palpebrarum erkrankt, ohne jede andere Veränderung an der Conj. bulbi als Injection einzelner Blutgefässe, besonders im Lidspaltenbezirk; bei 13 Fällen waren die Conj. bulbi und die Conj. palpebrarum ergriffen und bei 4 Fällen fanden sich streifige Trübungen der Cornea pa-

[1]) Erhalten 12. Januar 1888. Red.

rallel mit stärkeren Wucherungen im Limbusgebiete des Lidspaltenbezirks und in eigenthümlicher Form längs dem oberen Cornealrand bei ausschliesslicher Erkrankung der Conj. palpebrarum superiorum.

Die geographische Verbreitung der 29 von *E.* beobachteten und gesammelten Fälle zeigt die in hohem Grade auffallende Thatsache, dass 25 von den 29 Fällen, d. h. ca. 88 Procent auf einen gewissen Bezirk des Berner Oberlandes kommen, und zwar ca. 38% auf das rechte und ca. 50% auf das linke Aarufer, beziehungsweise auf die rechte und auf die linke Seite des Thunersee's, während nur 1 Fall aus der Nähe von Burgdorf, 2 Fälle aus Ostermundigen bei Bern und 1 Fall aus einer Vorstadt Bern's zu verzeichnen sind.

E. fragt, ob denn da nicht unwillkürlich nicht nur an Temperatur-, sondern auch an Ortseinflüsse gedacht werden müsse, und ob vielleicht in der Nähe gewisser Gewässer diese Krankheit besonders verbreitet sei, ob nicht vielleicht auch *Horner* unter seinen 42 Fällen Besonderheiten in Bezug auf geographische Verbreitung am Zürchersee gefunden haben würde?

Dass Ortsverhältnisse beim Frühjahrscatarrh eine wesentliche Rolle spielen müssen, beweist der Vortragende durch einen jungen Mann, der im 17. Lebensjahre mit ganz gesunden Augen nach Thun kam. Während seines 10monatlichen Aufenthalts daselbst entwickelte sich Frühjahrscatarrh. Zum Zwecke der Erlernung der französischen Sprache während mehr als einem Jahre im Waadtland und an andern Orten, verschwand das Augenleiden gänzlich. Hierauf wieder nach Thun zurückgekehrt, brach die Krankheit in Form von zahlreichen, harten, pilzartigen Wucherungen an der Innenfläche der oberen Lider und einer eigenthümlich geschweiften streifigen Trübung längs dem oberen Cornealrand beider Augen von Neuem aus, im Sommer ziemlich heftig werdend und im Winter bedeutend abnehmend. Patient kam im Herbst 1885 zur Fortsetzung seiner Studien nach Bern, wo die Krankheit während seines ca. 1½jährigen Aufenthaltes nicht wieder auftrat und seit seiner seitherigen Niederlassung in Höchstetten auch keine Spur eines Rückfalles erkennen lässt. Die ehemalige Erkrankung hat keine Spuren hinterlassen, als eine auffallende Dicke der oberen Lider, die streifige Cornealtrübung und eine leichte stellenweise Atrophie der Conj. palpebrarum ohne wesentliche Farbveränderung derselben.

Der Vortragende erwähnt noch einen Fall von Frühjahrscatarrh, welcher von dem gewöhnlichen Bilde abweicht. Er fand bei einem 21jährigen Mädchen, welches seit vielen Jahren bei Eintreten der warmen Jahreszeit an Erscheinungen von Frühjahrscatarrh litt, die ganze Innenfläche der unteren Lider, welche ein leicht milchiges Aussehen darbot, mit einer gleichförmigen, gegen den unteren Tarsalrand hin verschwindenden, gegen den Lidrand dagegen immer dicker werdenden und daselbst ca. 0,75 mm. messenden, über den Lidrand ca. 0,25 mm. emporragenden, sehr festen, fast knorpligen Schicht bedeckt, in welche man unter Vergrösserung feine Capillargefässe vom Lidrand her eintreten sah. Das übrige Auge zeigte keinerlei Veränderungen; nur einzelne Gefässe der Conj. bulbi waren stärker injicirt.

Bezüglich Prognose und Therapie schliesst sich *Emmert* den Anschauungen *Horner*'s (vgl. *Gerhardt*, Handbuch der Kinderkrankheiten 1881, Bd. V., Ab. 2) an. Erstere ist günstig, weil die Krankheit allmälig heilt und dem Auge keine Gefahren drohen. In der Mehrzahl der Fälle bleibt viele Jahre lang nur ein mehr oder weniger schläfriger Ausdruck der Augen zurück, und die eventuellen Hornhauttrübungen hindern das Sehen nicht und wachsen nicht. Therapeutisch kann wenig genützt werden, ausgenommen gegen die Schleimsecretion und bis auf einen gewissen Grad gegen die subjectiven Beschwerden. Auch *Emmert* sah wie *Horner* günstige Wirkungen vom Ausschneiden von Limbusknötchen. An der Innenfläche der oberen Lider riss er die blumkohl- oder pilzartigen Wucherungen oftmals aus und sah an der betreffenden Stelle dieselben zwar wiederkehren, jedoch in kleinerer Form.

Emmert zeigt microscopische Präparate vor und bestätigt die Befunde von *Vetsch*

und *Horner*. Die Knötchen der Conj. bulbi und palpebrarum tragen den nämlichen Charakter. Das Wesentlichste ist die enorme Epithelwucherung, wodurch das Leiden eine gewisse Aehnlichkeit mit Carcinom bekommt, welchem aber alle andern für dieses charakteristische Erscheinungen fehlen. Jene Wucherungen schliessen scharf ab gegen die Basis. Bindegewebshypertrophie und reichliche Gefässentwicklung sowie massenhafte karyokinetische Figuren in den Epithelschichten vervollständigen das gewöhnliche Bild.

Die Bezeichnung Frühjahrscatarrh scheint dem Vortragenden in sofern nicht ganz zutreffend, als das Leiden eigentlich erst in die Sommermonate fällt und das Wesentliche desselben nicht der Catarrh, sondern die Epithelwucherung ist.

Ebenso kann Hypertrophie péricératique oder Phlyctäna pallida oder gallertige Verdickung des Limbus nicht als ganz richtige Benennung angesehen werden, da alle diese Bezeichnungen den Begriff in sich schliessen, dass der Sitz der Erkrankung ausschliesslich der pericorneale Limbus conjunctivæ ist, während dieselbe doch ebenso wohl einzig an der Innenfläche der oberen oder unteren Lider oder an beiden Orten localisirt sein kann.

Hypertrophia epithelialis aestiva sive Epitheliale Sommerhypertrophie der Conjunctiva würde sowohl das Wesentliche des Leidens als die Jahreszeit seines Auftretens am Besten kennzeichnen.

2. Dr. *Girard* bringt „Kleinere Mittheilungen“ über

I. **Eine Modification der Plattennaht der Nase bei Hasenscharten.**

Er wendet zur Annäherung des einen (bei doppelseitigen Hasenscharten der beiden) zu breiten und flachen, mitunter tiefer stehenden Nasenflügels eine Insectennadel an, welche quer durch die Nase durchgestochen wird und mit Bleiperlen und ziemlich dickwandigen resistenten Kautschukröhrchen versehen ist.

Unmittelbar am Stecknadelköpfchen kommt eine freibleibende, durch das Köpfchen zurückgehaltene Bleiperle und darauf ein quer durchgespiesstes Drainrohrstück. Mit der so beladenen Nadel sticht man durch beide Nasenflügel genau in der Nasolabialfalte ein und aus; die Nadelspitze versieht man wie das Kopfende mit Drainrohr und Bleiperle; letztere wird festgequetscht, nachdem die gewünschte Annäherung erreicht ist.

Dieses Verfahren hat folgende Vorzüge gegen die früher üblichen: Die Kautschukröhrchen bilden zwei sehr elastische Kissen, welche auf die Haut zu liegen kommen und die erfahrungsgemäss leicht vorkommende Hautnecrose durch den Druck der Perlen resp. Platten vermeiden.

Findet man nachträglich, dass die Annäherung eine ungenügende war, so kann man die noch frei gebliebene erste Bleiperle nach Belieben näher gegen die Nase schieben und dann festquetschen. Findet man umgekehrt, dass die Compression eher etwas zu stark sei, so lässt sich das Stecknadelköpfchen abkneifen, die freie Bleiperle etwas lateralwärts verschieben und dann über dem äussersten Ende der abgekneiften Nadel zusammenquetschen; die Entspannung beträgt so viel als die Dicke der Bleiperle.

Die Insektennadeln sind dem Silberdraht vorzuziehen, weil man durch dieses starre Material das mitunter schwierig zu haltende gute Niveau des Nasenflügels besser sichern kann.

II. Verwendung des **Menthols in der Chirurgie.** Die Versuche, welche mit der inneren Darreichung des Menthols bei Lungentuberculose in den letzten Zeiten gemacht wurden, regten den Vortragenden an, auch bei chirurgischer Tuberculose Versuche damit anzustellen.

G. behandelte durch Einreiben, resp. Tamponniren mittelst eines Pulvers, aus Menthol und Jodoform āā bestehend, eine Anzahl (14) von Operationswunden nach Auskratzung und Resection tuberculöser Knochen- und Weichtheilherde. Er hatte bei dieser Serie von Fällen den Eindruck, dass der Wund- resp. Heilungsverlauf ein günstigerer gewesen ist, als er es nach der einfachen Jodoformbehandlung anderer ganz ähnlicher Erkrankungen zu sehen pflegte.

Recidive von fungösen Granulationen traten nicht ein und mit Ausnahme von zwei

Patienten, welche noch in Behandlung stehen und welchen es auch sehr gut geht, sind sämmtliche Wunden rasch zur Heilung gekommen.

Der Vortragende verkennt keineswegs, dass diese Zahlen viel zu klein sind, um bestimmte Schlüsse zu ziehen, namentlich ist er wohl bewusst, dass die Anwendung von reinem Menthol klarere Verhältnisse geboten hätte; wenn er es nicht machte, so war es, um die ersten Versuchsfälle der günstigen Einwirkung des Jodoforms nicht ganz verlustig zu machen.

Der Zweck der Mittheilung war nur, die Collegen zu ähnlichen Versuchen anzuregen. Es ist übrigens zu bemerken, dass das Menthol die Wunden nicht oder unwesentlich reizt und den Wundschmerz wenig steigert; das Menthol ist endlich ein vorzügliches, vielleicht das vorzüglichste Desodorans für Jodoform.

In der Discussion über letztern Gegenstand bemerkt Dr. *de Giacomi*, dass er nach den Angaben *Rosenberg*'s u. A. das Menthol bei verschiedenen Anlässen in Anwendung gezogen habe. Während er bei einer Affection, für welche das Menthol bisher nicht empfohlen worden, nämlich bei einem Lupus des Ohres einen recht befriedigenden Erfolg mit einer 20%-Lösung erzielt habe, könne er das Gleiche nicht von der innerlichen Anwendung des Mittels sagen. Hier hat er es grammweise zur Hebung des Appetites, aber ohne Nutzen verwandt.

Dr. *Dättwyler* kann die letztere Beobachtung bestätigen; er hat das Menthol auf seiner Spitalabtheilung mehrfach in Dosen von 3,0—5,0 pro die gebraucht. Die Patienten bekamen aber eher Ekel, als Appetit.

Dr. *Dumont* hat die Ansicht, dass man bei der chirurgischen Behandlung tuberculöser Erkrankungen weniger von einem specifischen Mittel, als vielmehr von einer gründlichen Entfernung der ergriffenen Theile wird Erfolg erwarten dürfen. — Im speciellen Falle scheinen ihm die erzielten Resultate für das Menthol vielleicht nicht ganz beweisend zu sein insofern, als die Heilungsdauer nicht viel kürzer als bei Anwendung anderer Mittel war. — Da die innerliche Verabreichung des Mittels den gehegten Erwartungen nicht zu entsprechen scheint, so möchte er eher noch weniger an die Wirkung des Menthols glauben.

Dr. *Girard* erwidert, dass letzterer Grund kaum stichhaltig sei, indem man in noch höherem Grade das Jodoform anschuldigen könnte, welches innerlich noch weniger als Menthol vertragen wird und doch in der Chirurgie täglich ausgezeichnete Dienste leistet. — Was die Heilungsresultate anbelangt, so ist ihm weniger die Heilungsdauer des einen oder andern Patienten aufgefallen, als vielmehr die Thatsache, dass eine ganze Serie von Leuten mit tuberculösen Affectionen schneller heilten mit Menthol als mit andern Mitteln.

Dr. *Sahli* hat zwar nicht Gelegenheit gehabt, das Menthol anzuwenden. Er glaubt aber vom theoretischen Standpunkte aus, dass die äusserliche Anwendung des Menthols mehr Aussichten bieten wird, als die innerliche, indem er auf die Untersuchungen im Reichsgesundheitsamt hinweist, welche über das Pfeffermünzöl gemacht wurden und ergaben, dass dasselbe einer der kräftigsten Hemmungskörper und Antiseptica sei.

Dr. *Schaerer* frägt an, ob man nicht im Campher auch ein weiteres analog wirkendes Präparat hätte? War ja doch seiner Zeit der Vin. Camphorat. sehr im Gebrauche.

Dr. *Girard* hält den Vin. Camphor. für ein gutes Granulationsmittel, allein für kein Antisepticum, da der blaue Eiterbacillus darin sehr wohl gedeiht.

Dr. *Niehans* hat auch früher Gelegenheit gehabt, den Campher anzuwenden; allein er bemerkte gewöhnlich, dass die Wunden livid, bald zu Blutungen geneigt wurden, so dass er es beim Auftreten des viel zuverlässigeren Jodoforms bei Seite liess.

———



Referate und Kritiken.

Beiträge zur klinischen Chirurgie.

Herausgegeben von Prof. Dr. *Paul Bruns*. 3. Bd., 1. Heft. Tübingen, Laupp, 1887. 163 Seiten.

Das vorliegende 1. Heft des 3. Bandes der *Bruns*'schen Beiträge enthält so wichtige Arbeiten, dass dieselben ausführlicher referirt werden, zumal die meisten derselben nicht nur chirurgisches, sondern auch allgemein medicinisches Interesse haben.

I. *H. Bayha:* Ueber Lupuscarcinom. 42 Fälle (5 aus der Tübinger Klinik) werden zur Schilderung verwendet. Die Carcinombildung auf Lupusnarben wird unterschieden von dem Carcinom auf floridem Lupus.

1) Carcinome auf Lupusnarben (11 Fälle). Sie gehören zu den „Narbencarcinomen", treten schon im jugendlichen Alter auf, sind aber am häufigsten im gewöhnlichen „Krebsalter" und gehören stets der weichen, tiefgreifenden Form des Carcinoms an. Sitz: 4 Mal die Wange, 1 Mal Orbita, 2 Mal Nase, 1 Mal rechter Ellenbogen.

2) Carcinome auf floridem Lupus (31 Fälle). Als Ausgangspunkt des Krebses werden die Auswachsungen der interpapillären Einsenkungen in den Lupus hinein bezeichnet, der Krebs greift also den Lupus an und bringt ihm den Untergang. Auch diese Carcinome können schon sehr frühe auftreten (2 Pat. 23, 1 28 und 1 29 Jahr alt). Sitz: 11 Mal die Wange, 2 Schläfengegend, 1 Gesicht, 1 Nase, 4 Oberlippe, 1 Oberarm; in 2 Fällen wurden 2 Carcinome an demselben Individuum beobachtet. Diese Carcinome sind sehr bösartig: von 10 operirten Fällen 1 dauernde Heilung, 7 rasch recidiv; von 3 mit Aetzmitteln behandelten Fällen 1 Heilung. Also Indication für die Behandlung: Möglichst frühzeitige Exstirpation.

II. *Th. Weizsäcker:* Die Arthropathie bei Tabes. Verf. verfügt über eine Casuistik von 109 Fällen (2 aus der Tübinger Klinik) und liefert eine sehr ausführliche und lesenswerthe Arbeit.

Arthropathien können sich während des ganzen Verlaufes der Tabes einstellen, bei ihrem typischen Auftreten sind sie aber eine Erscheinung der frühen Krankheitsperiode. Die Häufigkeit ist bei beiden Geschlechtern dieselbe. Bei 109 Individuen sind zusammen 169 Gelenke erkrankt, davon das Kniegelenk etwa in der Hälfte aller Fälle, dann folgt Hüfte, Schulter, Fusswurzel, Ellenbogen, Fussgelenk. In 66 Fällen ist nur 1 Gelenk erkrankt, 2 Gelenke sind 34 Mal, 3 und mehr etwa 10 Mal erkrankt; in einzelnen Fällen ist der Reihe nach eine grosse Zahl von Gelenken befallen worden.

Charakteristisch für die tabetische Arthropathie ist das plötzliche Auftreten, ohne jegliche Gelegenheitsursache, der absolut schmerz- und reactionslose Verlauf, endlich die bedeutenden, in kürzester Frist sich bemerkbar machenden Gelenkveränderungen, gekennzeichnet durch die rapide Resorption ganzer Gelenkenden und die Zerstörung des Bandapparates. Es kommt vor, dass ein Pat. während des Herumgehens zu Boden stürzt und unter hörbarem Krachen ein Bein nachgibt; Schmerzen bestehen dabei gewöhnlich nicht, dem Unfalle folgt leichtes Hinken oder eine Schwäche des Beines. An dem afficirten Gelenke macht sich eine umfangreiche Schwellung, die bald über die ganze Extremität sich ausbreitet. Auch bei liegenden Kranken entsteht das Gelenkleiden und wird etwa beim Umdrehen im Bette bemerkt, oder beim Aufstehen, indem die Kranken hinken oder das eine Bein kürzer geworden ist. Die rasch sich ausbildende Anschwellung ist die Folge eines Ergusses ins Gelenkcavum und in das periarticuläre Gewebe; in den umliegenden Weichtheilen besteht ein hartes, resistentes Oedem, welches dem Fingerdruck widersteht. Die bedeckende Haut ist blassglänzend, nicht geröthet, von erweiterten Venen durchzogen, ohne Temperaturunterschied gegen die gesunde Seite.

Nach den Veränderungen an den erkrankten Theilen und dem Verlaufe sind schwere und leichte Formen zu unterscheiden. Bei der leichten Form geht die Schwellung allmälig zurück, und es bleiben höchstens unbedeutende Störungen mit geringem Krachen bei Bewegungen; aber Recidive und Nachschübe sind nicht selten. Bei der schweren Form dagegen fehlt eine solche Restitution; die Schwellung bleibt und dazu gesellt sich die hochgradigste Destruction der knöchernen Gelenkenden und des Bandapparates. Es resultirt ein vollständiges Schlottergelenk, welches die unnatürlichsten Bewegungen (late-

rale Hyperextension, Torsion) schmerzlos ausführt („pathologische Cautschukmänner“). Zuweilen ist der Schwund der Gelenkenden mit Deutlichkeit zu constatiren, besonders an Schulter- und Hüftgelenk; in andern Fällen entstehen Kalk- und Knocheneinlagerungen in die Gelenkkapsel und die mannigfachen Formen der Gelenkkörper (Knie- und Ellenbogengelenk). Bezüglich der genaueren pathologisch-anatomischen Veränderungen wird auf das Original verwiesen, ebenso bezüglich der Complicationen.

Die Erkrankung ist eine eigenartige, die aller Wahrscheinlichkeit nach von der Erkrankung des Nervensystems direct abhängig, also neurotischer Natur ist. Die bis jetzt vorliegenden Erfahrungen sprechen am meisten zu Gunsten der Hypothese, welche die Gelenkaffectionen im Laufe von Tabes als die Folgen eines vielleicht selbstständig auftretenden Degenerationsprocesses im Bereiche gewisser peripherer Nervenstämme ansieht; dieser letztere bewirkt die geschilderten Veränderungen am Gelenkapparat, welche das Wesen der tabischen Arthropathie kennzeichnen.

III. *W. Göz:* Ueber ausgedehnte Resection der Schädelknochen und das Regenerationsvermögen derselben.

Im Anschlusse an einen von *Bruns* erfolgreich operirten Fall von ausgedehnter syphilitischer Necrose der Schädelknochen bei einem 17jährigen Mädchen, wo das rechte Scheitelbein und die rechte Stirnbeinhälfte fast vollständig, das linke Scheitelbein und die linke Stirnbeinhälfte theilweise entfernt wurden und resectionslose Heilung folgte, werden die bekannten Fälle von ausgedehnter Resection der Schädelknochen zusammengestellt und danach die Frage der Regeneration von Defecten der Schädelknochen besprochen. Letztere selbst wird sowohl vom äusseren und inneren Perioste als auch von der Knochensubstanz selbst und zwar namentlich von dem Diploë-Gewebe besorgt. Aus der Zusammenstellung der Endresultate nach grossen Schädeldefecten ergibt sich, dass die Regenerationsfähigkeit der Schädelknochen eine entschieden grössere ist als gewöhnlich angenommen wird, und dass sie bei Defecten, die durch pathologische Processe bedingt sind, ziemlich dieselbe ist, wie bei traumatischen Substanzverlusten (Splitterbrüche mit Substanzverlust, Trepanationslücken).

IV. *A. Heise:* Ueber Schilddrüsentumoren im Innern des Kehlkopfes und der Luftröhre.

4 Fälle der Struma intralaryngea und intratrachealis sind bis jetzt bekannt, 3 davon sind von *Bruns* beobachtet und operirt. Es handelt sich bei dieser seltenen Strumaform um aberrirte Schilddrüsenläppchen analog den von *Streckeisen* gefundenen Glandulæ intrahyoideæ, den in das Zungenbein eingebetteten Schilddrüsenläppchen.

Für die Diagnose der Struma intralaryngea und intratrachealis wichtig sind folgende Merkmale: 1) Der constante Sitz im unteren Kehlkopfabschnitt und im obersten Theil der Trachea, der stets fehlende Zusammenhang mit den Stimmbändern und die Beziehungen zur hinteren Kehlkopf- resp. Luftröhrenwandung. 2) Die charakteristische Gestaltung des Tumors, die walzenartige Form, die breite Basis und unversehrte Schleimhautoberfläche. 3) Das allmälige Auftreten von Athembeschwerden ohne Störung der Stimme bei Patienten im jugendlichen Lebensalter. Verwechslungen sind möglich mit Adenom und Enchondrom.

Therapie: Bei nicht dringenden Fällen zunächst Jodbehandlung; für die übrigen Laryngo-Tracheotomie und Entfernung der Neubildung mit dem galvanocaustischen Messer oder mit Pincette und Scheere bei blutarmen Geschwülsten. Die 3 von *Bruns* operirten Fälle heilten rasch.

V. *P. Bruns* und *C. Nauwerck:* Klinische und histologische Untersuchungen über die antituberculöse Wirkung des Jodoform.

Die Verf. suchten in dieser Arbeit die 2 Fragen zu beantworten: 1) Vermag das Jodoform bei localer Anwendung tuberculöse Processe zur Ausheilung zu bringen? 2) Ist die Wirkung eine specifische, also antibacilläre?

Beide Fragen werden bejahend beantwortet; die erste an der Hand der Erfahrungen über die Resultate der Behandlung der kalten, tuberculösen Abscesse mittelst Jodoforminjectionen. Von 54 Fällen wurden an der Tübinger Klinik mindestens 40 erfolgreich behandelt und geheilt.

Die zweite Frage wurde studirt an excidirten Abscessmembranen von durch wiederholte Jodoforminjectionen bedeutend verkleinerten Abscessen. Die microscopischen Unter-

suchungen sind von *Nauwerck* ausgeführt. Die anatomischen Veränderungen, welche sich während der Ausheilung von mit Jodoform behandelten Abscessen vollziehen, lassen sich dahin zusammenfassen:

Die Bacillen der tuberculösen Granulationsschicht gehen zu Grunde; die tuberculöse Gewebswucherung sistirt allmälig; es stellt sich eine zellenreiche Exsudation ein, welche das noch vorhandene tuberculöse Gewebe durchtränkt und lockert; zugleich entwickelt sich unter starker Wucherung der Spindelzellenschicht gesundes, äusserst gefässreiches Granulationsgewebe, welches die tuberkelhaltigen Theile, die der Verfettung und Necrose verfallen, immer mehr abhebt. Nach Schwund der Tuberkel obliterirt das Gefässsystem, die Granulationen verschwinden oder gehen mitsammt der Spindelzellenschicht in Bindegewebe über, die Exsudation hört auf, der Abscessinhalt wird resorbirt, die Wandungen schrumpfen narbig zusammen. *Kaufmann.*

Die Analyse des Wassers.

Von Dr. *G. A. Ziegeler.* Stuttgart, 1887. F. Enke. Preis 8 Mark.

Eigene Erfahrungen, besonders die Untersuchung des sehr schlechten Wassers der Stadt Stralsund, haben den Verfasser bewogen, diese Anleitung den bereits vorhandenen zahlreichen Producten ähnlicher Art beizufügen.

Das Buch verdient alles Lob; es ist klar und übersichtlich angelegt und geschrieben. Es behandelt die Reagentien, welche zur Wasseruntersuchung nöthig sind, deren Bereitung, Prüfung und Anwendung, dann die einzelnen qualitativen und quantitativen Bestimmungen und Trennungen, die bacteriologische Untersuchung des Wassers, die microscopische Untersuchung des Bodensatzes, und im Schlussabschnitt die Beurtheilung des Wassers nach dem analytischen und microscopischen Befunde in Bezug auf seine Verwendung als Trinkwasser, zu häuslichen und gewerblichen Zwecken. Zahlreiche, schematisch gehaltene, gute Holzschnitte erläutern Apparate und microscopische Bilder.

Chemiker und Aerzte finden in diesem Buche, wenn auch nicht viel Neues, doch eine recht brauchbare Zusammenstellung der vom Verfasser selbst geübten und erprobten Methoden. Da *Fischer* und *Kubel-Tilmann* seit mehreren Jahren nicht mehr neu aufgelegt wurden, füllt diese Anleitung im Momente eine Lücke ganz glücklich aus und darf deshalb bestens empfohlen werden. *Ambühl* (St. Gallen).

Systematisches Lehrbuch der Balneotherapie, einschliesslich der Klimatotherapie der Phthisis.

Von Dr. *J. Braun.* 5. Auflage, herausgegeben von Dr. *B. Fromm.* 706 Seiten. Braunschweig, 1887. Harald Bruhn.

Braun war der erste Badearzt, welcher die einzelnen dynamischen, wirksamen Momente einer Bade-, Brunnen- und Luftcur streng auseinanderhielt und ihre möglichen Combinationen unter einander wissenschaftlich zu begründen suchte. Er stellte sich die schwierige und höchst heikle Aufgabe, in die auf dem theoretischen und practischen Gebiete der Balneologie herrschende Oberflächlichkeit und Unklarheit mit scharfleuchtender Kritik hineinzuzünden, Willkürliches und blos Vermuthetes, ja zum Theil Dogmatisches und Mystisches von experimentell und klinisch Festgestelltem zu sichten. Dass solches reformatorisches Vorgehen mitunter zu scharfer Polemik verleiten musste, und hie und da ein allzu subjectiver, selbst schroffer und skeptischer Standpunkt eingenommen wurde, hat der geistvollen, klassischen Arbeit nicht nur nicht geschadet, sondern sogar einen erhöhten Reiz verliehen. Dieses Lehrbuch erweckte schon beim ersten Erscheinen allseitiges Aufsehen und wirkte bald befruchtend auf die Balneologie ein, die endlich als jüngster Sprössling der practischen Medicin unter die Fittige der exacten Naturwissenschaften gebracht wurde.

Nach dem Tode *Braun*'s, welcher innert 6 Jahren 3 neue Auflagen besorgte, ging die Herausgabe des Werkes an Dr. *B. Fromm*, Badearzt in Norderney, über, von dem nun bereits die 2. resp. 5. Auflage bearbeitet worden ist. Derselbe hat mit pietätsvollem Geschick, ohne den Charakter des Werkes wesentlich zu verändern, das Gute und Anerkennenswerthe der frühern Arbeit mit den Fortschritten der Neuzeit zu vereinigen gewusst. Namentlich aber hat das Capitel über die indifferenten Thermen und die Stahlbäder eine gänzliche Umarbeitung erfahren; andere Abschnitte sind bedeutend

ergänzt worden, so der physiologische Theil über die chemischen und thermischen Verhältnisse der Bäderwirkung, über die Hydrotherapie, das Seebad, die Moorbäder etc.

In dem Capitel „Klinische Balneotherapie" sind die wichtigsten Krankheitsgruppen und die entsprechenden Indicationen mit grosser Sorgfalt und practischer Uebersichtlichkeit aufgeführt. Der Abschnitt über „Klimatotherapie der Phthisis", der in den frühern Auflagen von Dr. *Rhoden* in Lippspringe bearbeitet worden war, ist nun von Dr. *Fromm* ganz den neuesten bacteriologischen Forschungen adaptirt und abgeändert worden.

Eine sehr verdankenswerthe Bereicherung des Buches bildet die „Anleitung zu klimatologischen Untersuchungen", welche aus der Feder von Prof. Dr. *Köppen*, Meteorologen der „Deutschen Sternwarte" in Hamburg, stammt. Möge diese kurze, klar gefasste Instruction von den Curärzten fleissig benützt werden, damit wir endlich zu einheitlichem brauch- und vergleichbarem klimatologischem Material gelangen, dessen wir zur Lösung so mancher klimatologischen Fragen noch so sehr bedürfen.

Die Zahl der Brunnen-, Bade- und Luftcurorte ist gegenüber den frühern Auflagen bedeutend vervollständigt worden, obschon die nicht deutschen Länder, speciell die Schweiz in Zukunft noch mehr Berücksichtigung verdienten.

Auch in formeller Beziehung verdient das Buch alles Lob: sowohl die chemischen Analysen sind einheitlich nicht mehr in Unzen-, sondern in Grammgewicht aufgeführt, die Temperaturangaben werden nach der hunderttheiligen Scala (Celsius) gemacht und die Höhenlagen über dem Meer im Metersystem angegeben. Wir empfehlen dieses treffliche Lehrbuch allen Collegen bestens zum gründlichen Studium! *Loetscher* (Eglisau).

Die namhafteren Curorte und Heilquellen Ungarns und seiner Nebenländer.

Von Dr. *Kornel Chyzer*. Mit 30 phototypischen Tafeln und einer Karte. 231 Seiten. Stuttgart 1887, Ferd. Enke.

Mit Ausnahme von einigen wenigen Mineralwässern, welche schon kürzere oder längere Zeit ins Ausland exportirt werden, wie z. B. die Budapest-Ofener Bitterwässer und in der Neuzeit der Salvator-Säuerling, hat man in unsern ärztlichen Kreisen sehr wenig von den Gesundbrunnen Ungarns gewusst. Und doch welchen grossartigen Reichthum an den mannigfaltigsten Mineralquellen hat dieses verhältnissmässig kleine Land aufzuweisen! Der Verfasser des vorliegenden Buches hat nun im Auftrage des ungarischen Cultus- und Unterrichtsministeriums die bedeutendern Curorte und Heilquellen seines Heimatlandes, unter denen sich viele ebenbürtig an die Seite der berühmtesten anderer Länder stellen dürften, in sehr anziehender, aber durchaus wissenschaftlicher Weise geschildert und eine grosse Anzahl derselben durch schöne Phototypen illustrirt. Zur Veranschaulichung des Ganzen ist eine sehr hübsche Bäderkarte beigegeben. Auf Einzelheiten kann hier nicht eingetreten werden. Die Absicht des Buches, die vielen balneotherapeutischen Schätze Ungarns nach Gebühr ans Tageslicht zu ziehen und für die kranke Menschheit nutzbar zu machen, verdient die vollste Anerkennung.

Loetscher (Eglisau).

Illustrirter Curorte-Almanach.

Von Dr. *Kállay*. 147 Seiten. Troppau 1887/88. Aug. Strasilla.

Dieses kleine Taschenbuch berücksichtigt mit Vorliebe die Heilquellen und Curorte der österreichisch-ungarischen Monarchie, während diejenigen des Auslandes sehr mangelhaft und stiefmütterlich behandelt werden. Die Temperatur-Angaben werden bald nach Réaumur, bald nach Celsius gemacht, für die Höhenlagen bald das Fuss-, bald das Metermaass angegeben. Manches ist ganz unrichtig oder veraltet, so dass der Verfasser offenbar aus ganz alten Literaturquellen geschöpft haben muss. Wie aber gar das Faulenseebad am Thunsee (anstatt Thunersee) unter die Meerbäder gerathen konnte, ist schwer begreiflich. Das weltberühmte Davos figurirt unter den alpinen Sommercurorten (Curzeit von Anfang Juni bis Ende September), Chernex dagegen unter den Wintercurorten!! Engelberg wird unter den Wasserheilanstalten aufgeführt etc. etc. Die Illustration des Buches beschränkt sich auf drei Phototypen der DDr. *Oertel*, *Eulenburg* und *Schwimmer*, deren Biographien in Kürze beigefügt sind. *Loetscher* (Eglisau).

Cantonale Correspondenzen.

Acten der schweizerischen Aerztecommission.

Sitzung vom 17. December 1887 im Gasthof Victoria in Zürich.
Präsident: Dr. *Sonderegger*, St. Gallen. Schriftführer: Dr. *de Cérenville*, Lausanne.
Anwesend: *A. Baader, Bruggiser, de Cérenville, Haffter, Hürlimann, Lotz, Näf, Sigg, Sonderegger, H. v. Wyss.*
Es entschuldigen sich: *d'Espine, Kocher, Reali.*

Der Präsident eröffnet die Sitzung um 2½ Uhr, indem er Bericht erstattet über Alles, was seit der letzten Sitzung durch den engern Ausschuss erledigt worden ist und den Stand unserer übrigen Fragen.

Tractanden:

1) Entwurf eines **Concordates mit England.** Die Convention wäre leoninisch von Seiten Englands und ganz zu Ungunsten der Schweizer Aerzte. Eine wirkliche Reciprocität würde gar nicht bestehen und das eidgenössische Diplom hätte gar keinen Werth, um seinem Träger das Recht der Ausübung der Heilkunde in England zu sichern, so lange Letzterer nicht zugleich das Diplom einer der privilegirten Gesellschaften (College of physicians, surgeons etc.) besässe, welche in Wirklichkeit allein beim englischen Publicum die Anerkennung besitzen. Das Concordat kann deshalb nur unter der Bedingung empfohlen werden, dass den Besitzern des eidg. Diplomes von England aus auch der Titel „Membre of Royal College of physicians" verliehen werde.[1])

2) Eingabe, den Unterricht der **Hygieine am eidg. Polytechnicum** betreffend. Seit unserm letzten Vorgehen hat die Universität in Zürich ein Laboratorium der Hygieine errichtet, das auch von der polytechnischen Schule kann benützt werden. Es ist aber sehr zu wünschen, dass die Eidgenossenschaft an der Schöpfung von Sammlungen Theil nehme, welche Demonstrationsstücke, Modelle von Geräthschaften u. dgl. enthalten, wie sie zum Unterrichte in der Hygieine gehören.

A. Baader legt den diesbezüglichen Beschluss der Versammlung des ärztlichen Centralvereines [2]) vor und beantragt, an dem Unterrichte in der Gesundheitslehre durch einen Techniker am Polytechnicum (neben dem durch einen Mediciner an der Universität) und an der activen Theilnahme des Bundes zum Zwecke der Ertheilung des hygieinischen Unterrichtes an den übrigen Universitäten festzuhalten.

Es wird beschlossen, zu diesen Zwecken zu gelangen 1) an das eidg. Departement des Innern, 2) an die Gesellschaft ehemaliger Polytechniker, 3) an die schweizerische naturforschende Gesellschaft, die in ähnlicher Weise Beschluss gefasst hat.

Der engere Ausschuss wird die Adresse formuliren und circuliren lassen.

3) **Organisation des eidg. Gesundheitswesens.** Es wird beschlossen, die ganze Frage auf die Tractandenliste des nächsten schweizerischen Aerztetages (Frühjahr 1888) zu setzen und zwar auf der Basis des Vorschlages von *A. Baader*, wie er ihn an der Versammlung des ärztlichen Centralvereines gestellt hat.[3]) Der engere Ausschuss wird ein Circular erlassen, welches den drei schweizerischen Gesellschaften zugestellt und der allgemeinen Discussion zur Basis dienen wird. Dr. *de Cérenville* wird französisch, *A. Baader* deutsch referiren.

4) **Schweizerischer Aerztetag 1888.** Das Präsidium legt einen Brief der Société vaudoise de médecine vor, welche eine gemeinsame Versammlung der drei schweizerischen ärztlichen Gesellschaften im März 1888 zu Lausanne wünscht.

Dieser Vorschlag wird grundsätzlich angenommen, jedoch vorbehalten, Bern zu wählen, wenn es sich in Folge von Nachfragen, die bei den verschiedenen cantonalen Gesellschaften zu erheben sind, herausstellen sollte, dass in Folge der geographisch excentrischen Lage von Lausanne die Frequenz einer allgemeinen Versammlung allzu sehr in Frage gestellt wäre.

5) **Hülfskasse für Schweizer Aerzte.** Der Verwalter *A. Baader* erstattet einen summarischen Bericht und legt die Hauptbücher, sowie die Rechnungsbogen und Werthschriften vor.

---

[1]) Vide Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte 1888, pag. 58.
[2]) Vide Corr.-Bl. f Schweizer Aerzte 1887, pag. 712, I und pag. 685, Zeile 1 und 2 von oben.
[3]) Vide Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte 1887, pag. 712, II.



Es wird beschlossen, bei der Anlage von Capitalien absolut nur Hypothekar-, Staats-, Gemeinde- und Eisenbahnobligationen zu erwerben, insofern letztere von Cantonen oder dem Bunde garantirt sind, ganz so, wie es das Basler Waisenamt für die Anlage der Capitalien der Wittwen und Waisen gesetzlich bestimmt.

Die alten Unterstützungen dauern weiter; eine neue einmalige Gabe von 200 Fr. an eine Wittwe eines Arztes wird votirt, das Begehren um ein Anlehen von 1000 Fr. dagegen grundsätzlich (wie schon früher) abgewiesen.

Zu Rechnungsprüfern werden ernannt die bisherigen Herren Dr. *Lotz* und Oberstlieut. *R. Iselin*, Seckelmeister der Basler gemeinnützigen Gesellschaft und an Stelle des erkrankten Herrn Prof. Dr. *Fritz Burckhardt-Brenner* Herr Prof. Dr. *R. Massini* in Basel.

6) Ueber die **Hebammenfrage** wird Dr. *Haffter* in nächster Sitzung Bericht erstatten.

7) Das **Lebensmittelgesetz** soll in einer besondern Vorlage besprochen werden.

8) Die Waadtländer medicinische Gesellschaft bittet durch ein Schreiben die eidg. Aerztecommission, mit allen gesetzlich möglichen Mitteln dem Verkaufe der **pharmaceutischen Specialitäten**, der zur wirklichen und bedauernswerthen Calamität wird, entgegenzuwirken. Beschlossen, den Brief in empfehlendem Sinne an das Berner Departement des Innern zu senden, welches im Auftrage der concordirenden Cantone die Frage des Verkaufes der Geheimmittel zu studiren hat.

9) Der St. Galler ärztliche Cantonalverein protestirt schriftlich gegen den Versuch, das **Privilegium der Aerzte in Concurssachen** auch weiterhin anzustreben.

10) Es wird beschlossen, in Zukunft die **Kasse** der schweizerischen Aerztecommission von derjenigen des ärztlichen Centralvereines zu trennen.

Schluss der Sitzung um 5 Uhr.

Baselland. Zur Casuistik der Blasentumoren. Frau A. B., VI Para, 30 Jahre alt, früher stets gesund, leidet seit 1½ Jahren an intensiven „Blasenbeschwerden“: beständigem, sehr schmerzhaftem Harndrang, der sie nöthigte, stündlich und öfter einen spärlichen, stark eitrigen Urin zu entleeren. Den Anfang des Leidens datirt Pat. 4 Wochen nach der letzten Geburt, nachdem das betr. „Wochenbett mit Ausnahme eines 2—3 Tage dauernden „Milchfiebers“ ohne Störung verlaufen war“. Seit dieser Zeit, etwa 1½ Jahre, war Pat. nie mehr arbeitsfähig gewesen; hatte beständig Schmerzen, keine Ruhe des Nachts wegen unaufhörlichen Harndrangs und war sehr heruntergekommen; es waren ihr gegen das „Blasenleiden“ innerliche Mittel und auch Blasenausspülungen verordnet worden ohne Erfolg.

Die Untersuchung ergab: sehr leidend aussehende Frau; der mit dem Catheter entleerte Urin ist stark getrübt, enthält viel Eiter; von der Vagina aus fühlt man den Uterus stark nach oben dislocirt: zwischen Uterus und Blase ein starres parametritisches Exsudat, nirgends Fluctuation. Diagnose: Altes parametritisches, starres Exsudat und Blasencatarrh. Therapie: Heisse Vaginaldouchen und Blasenspülungen mit Borsäure. Als nach einigen Tagen keine Besserung eingetreten, wurde die Urethra mittels der *Hegar*'schen gläsernen Dilatatoren erweitert und die Blase für den Zeigefinger zugänglich gemacht, was ohne Mühe in einer Sitzung gelang. Die Kuppe des Fingers stiess an der hintern Blasenwand an einen pilzförmig aufsitzenden, scharf umschriebenen, etwa pflaumengrossen Tumor von weicher Consistenz, welcher mit Rücksicht auf das Alter der Pat. an ein Papillom denken liess und welche Geschwulst selbstverständlich für die Ursache der Blaseneiterung gehalten wurde; dem entsprechend musste auch die Entfernung der Geschwulst die einzig rationelle Therapie sein. Als aber bei einer folgenden Untersuchung in Narcose durch das *Simon*'sche Harnröhrenspeculum constatirt wurde, dass auf der Kuppe des Blasentumors eine Fistel mündete, welche auf Druck vom vordern Scheidengewölbe aus reichlich Eiter entleerte, wurde der ganze Sachverhalt auf einmal klar: zwischen Uterus und Blase befand sich ein starres, parametritisches Exsudat, welches einen Abscess einschloss, dieser war in die Blase perforirt und hatte sich an der hintern Blasenwand ein Granulationsfungus um die Fistelmündung gebildet, welcher eine Neubildung vortäuschte. Der Abscess war bei der manuellen Untersuchung von der Vagina aus deshalb nicht entdeckt worden, weil sich der Abscessinhalt auf Druck jeweilen in die Blase entleerte und zwar so, dass sich bei combinirter Untersuchung durch Blase und Scheide die beiden untersuchenden Finger direct berührten, indem der zwischen den Fingern befind-

liche Abscessinhalt nach oben auswich und sich in die Blase entleerte; aus diesem Grund verbot es sich auch, mit einem Troicart von der Scheide aus den Abscess aufzusuchen, weil man sonst die Blase perforirt hätte, ich machte daher im vordern Scheidengewölbe eine flache Incision und drang von hier aus stumpf mit dem Zeigefinger vor; ich gelangte bald in eine Abscesshöhle, welche den grössern Theil der Blase von hinten und unten schalenförmig umgab; ein eingelegtes Querbalkendrain sorgte für unbehinderten Abfluss des Eiters.

Interessant ist, dass sich dieser kleine chirurgische Eingriff überaus dankbar erwies: wie mit einem Schlag hörten die seit 1½ Jahren anhaltenden Harnbeschwerden auf (die Granulationsgeschwulst bildete sich offenbar rasch zurück), und etwa 3 Wochen nach der Incision befindet sich Pat. vollständig wohl und kann als völlig hergestellt gelten.

Bemerkenswerth ist ebenfalls, dass die Erweiterung mittels der *Hegar*'schen Dilatatoren leicht und ohne Nachtheile (Incontinenz etc.) von statten geht, so dass es a priori nicht unmöglich erscheint, einen mässig grossen Blasentumor durch die erweiterte Urethra nach aussen vor die Harnröhrenmündung zu befördern und hier zu excidiren.

Gelterkinden. Dr. *L. Gelpke.*

Bern. Milzbrand. Die (anderwärts erschienene) Kritik des Herrn *Schmidt*-Mülheim über meine Arbeit in Nr. 14, 1887, d. Bl. hätte mich schon früher zu einer Antwort bewogen, wenn sie nicht eine derartige gewesen wäre, auf welche man vielleicht noch besser mit Stillschweigen reagirt. Nachdem sich Herr *Siegmund* dieselbe aber zu Gute macht und sie in extenso im Corr.-Bl. Nr. 2, 1888 als maassgebende Autorität veröffentlicht, zwingt mich dies doch zu einer Antwort.

Da Herr *Siegmund* selbst zugibt, dass er im Gebiete der Bacteriologie kein eigenes Urtheil haben kann, und da ferner ich mich ebenfalls nicht stark genug fühle, um mit einem Schlachthausverwalter über die Möglichkeit oder die Unmöglichkeit einer Verwechslung oder eines Uebersehens von Milzbrand bei Inspection eines Schweines zu discutiren, so bleibe ich wie vorher auf dem Boden der bacteriologischen Untersuchung und richtet sich meine Antwort an die *Sch.*-M.-Argumentation.

Ich bemerke nur noch, dass Herr *Siegmund*, wie es aus einem an Herrn Prof. *Nencki* adressirten Privatbriefe hervorgeht, das Vorkommen des Milzbrandes beim Schweine in Abrede stellt, so dass er wohl bei der Inspection sein Augenmerk nicht darauf gerichtet haben wird.

Dass wohl Niemand die Auseinandersetzungen des Herrn *Sch.*-M. zum Beweis, dass die Untersuchung des Herrn Prof. *Nencki* keinen Werth hat, ernst auffassen wird, setze ich voraus und gehe ich gleich auf das folgende Argument über, wo Herr *Sch.*-M. die sehr verschiedene Dauer der Erkrankung als einen Grund betrachtet zur Unwahrscheinlichkeit der Annahme der Unität der Erkrankung. Zum Beweis gibt er dieselbe Beobachtung von *Koch*, *Löffler* und *Gaffky*, die ich zum Beweis des Gegentheils gab und passt sie seinem Zwecke an, indem er eine ungenaue Angabe macht.

Er sagt nämlich, dass die Dauer der Erkrankung nach *Koch*, *Löffler* und *Gaffky* „höchstens 6 Tage“ beträgt, während *Koch*, *Löffler* und *Gaffky*, wie ich es ausdrücklich hervorhebe, Erkrankungsdauer von 7 und sogar 14 Tagen beobachtet haben.

Weiter citirt er einen Satz von meiner Arbeit, unterbricht ihn aber gerade da, wo durch die Fortsetzung sein Sinn vollständig geändert wird und sucht damit zu beweisen, dass meine Beobachtungen nicht mit meinen Schlüssen übereinstimmen.

Ich gebe übrigens die wörtliche Wiedergabe: „Vernimmt man aus *Tavel*'s eigenem Munde: „„Der Sectionsbefund war auch nicht immer der bei virulentem Milzbrande gewöhnliche. Die Milz war nicht immer so stark vergrössert, wie man es bei virulentem Milzbrand sieht, die Fäden hier und da im Milzsaft etwas spärlich, und im Lungensaft reichlicher, während das Verhältniss gewöhnlich ein umgekehrtes ist etc.““, so muss man staunen über die Sicherheit, mit der *Tavel* die Diagnose auf Milzbrand stellt.“

Herr *Sch.*-M. hütet sich, die Fortsetzung des Satzes anzugeben, die folgendermaassen lautet: „Die Fäden waren auch oft sehr viel länger als bei virulentem Milzbrande, nur die Gliederung und die scharfwinkligen Enden der Bacillen, sowie die Dicke waren immer typisch. Alle diese Eigenthümlichkeiten: Immunität der Meerschweinchen, längere Dauer der Krankheit, grössere Anzahl und Länge der Fäden im Lungensaft, weniger starke Schwellung der Milz, stimmen überein mit dem Verlauf des stark abgeschwächten Milzbrandes etc.“

Eine Kritik, die mit derartigen Argumenten ausgeführt wird, braucht nicht weiter berücksichtigt zu werden, man muss nur staunen, dass Herr *Sch.*-M. sich noch dazu erlaubt, einem den Vorwurf der Leichtfertigkeit zu machen, und es wird wohl der Leser selbst sich ein Urtheil über den Werth einer Kritik machen, die solche Waffen braucht.

Dr. *E. Tavel.*

In seiner Replik auf meine Correspondenz in Nr. 2 dieser geschätsten Zeitschrift will Herr Dr. *Tavel* ein endgültiges Urtheil den Lesern überlassen, womit auch ich mich vollständig einverstanden erklären kann, besonders da meine Höflichkeit und die Achtung vor den Lesern des Correspondenzblattes, mir nicht erlauben, den Eindruck, den mir die *Tavel*'sche Replik gemacht hat, niederzuschreiben. Ich fühle mich nur gedrungen, Herrn *T.* zu erinnern, dass ich nicht blos „Schlachthausverwalter" bin, sondern durchaus vollberechtigt, mich einen wissenschaftlich gebildeten Thierarzt zu nennen, dessen Urtheil, in Sachen der Fleischbeschau, bei den maassgebenden Behörden sicherlich höher geschätzt wird, als bacteriologische Spitzfindigkeit. *Siegmund.*

Acta clausa. Redaction.

Thurgau. Drei Fälle seltener Muskelerkrankung. a. Muskelpseudohypertrophie — 2 Fälle; b. juvenile progressive Muskelatrophie — 1 Fall. Von Dr. *Böhi* in Erlen.

Diese eigenthümlichen und in mancher Beziehung noch immer räthselhaften Myopathien gehören bekanntlich der neuern und, was die zuerst von *Erb* beschriebene Form („Deutsches Archiv für klin. Medicin" 1884) der juvenilen Muskelatrophie betrifft, der neuesten Pathologie an.

Der erste in der Schweiz beobachtete Fall von Muskelpseudohypertrophie fällt in das Jahr 1864 zurück und wurde im Jahre 1865 von Prof. *Griesinger* in Zürich im Archiv für Heilkunde veröffentlicht. Diesem Falle reihte er noch 4 andere an, mit denen das bis zu diesem Zeitpunkte bekannt gewordene Material erschöpft war.

Zwar reicht die Geschichte dieses seltsamen Leidens noch weiter zurück, hatten ja doch *Coste* und *Gioja* im Jahre 1838 in den „annali clinici dell'ospedale degli incurabili di Napoli" 2 Fälle beschrieben und *Meyron* selbst einen Fall secirt, ohne das Wesen der Krankheit dem Verständnisse irgendwie näher gerückt zu haben. Und ebenso wenig lieferten die von *Griesinger* seinem Falle zur Vervollständigung der Casuistik beigefügten 4 Fälle von *Jaksch* in Prag, *Schützenberger* in Strassburg, *Oppolzer* in Wien und *Duchenne* de Boulogne nach dieser Richtung hin einen Beitrag. Dies zu erreichen blieb *Griesinger* und *Billroth* vorbehalten. Dieselben excidirten aus den scheinbar hypertrophischen Muskeln kleine Stückchen und constatirten unter Anwendung des Microscopes eine massige Wucherung des interstitiellen Fettgewebes auf Kosten der der Atrophie verfallenen Muskelfasern.

Seither hat die pathologische Anatomie, wenn wir davon absehen, dass in vielen Fällen statt Lipomatose eine excessive Wucherung des Bindegewebes und in vereinzelten Fällen nebst atrophischen Muskelfasern auch einzelne hypertrophische nachgewiesen wurden, nichts wesentlich Neues mehr beigebracht. Als vor einigen Jahren der anatomische Nachweis geliefert wurde, dass der progressiven Muskelatrophie ein degenerativer Process in den spinalen Vorderhornganglien zu Grunde liege und auch bei andern Erkrankungen dieser für die Muskelernährung so wichtigen Centren — ich erinnere an die Poliomyelitis-Gruppe und die amyotrophe Lateralsclerose — Muskelschwund als Folgeerscheinung in Scene trete, wurde auch bei der Muskelpseudohypertrophie nach einer anatomischen Läsion im Rückenmarke gefahndet. Allein die wenigen Beobachtungen (*Gowers*, *Drummond*, *Bramwell*), die der Pseudohypertrophie eine spinale Basis zu geben schienen, vermochten einer ernstern Kritik nicht Stand zu halten und so wird dieselbe nach wie vor noch als primäre Myopathie angesehen.

Eine ähnliche Stellung nimmt in der Pathologie die der lipomatösen Muskelpseudohypertrophie nahe stehende, zuerst von *Erb* unter dem Namen juvenile Muskelatrophie (Dystrophia muscularis progressiva) beschriebene Myopathie ein. Auch hier wickelt sich der pathologische Process sowohl intra- als auch intermuskulär ab, wobei mit dem progressiven Vorwärtsschreiten der functionelle Ausfall Schritt hält.

Was die Häufigkeit des Vorkommens dieser Erkrankungen betrifft, so mag die Zahl der von Pseudomuskelhypertrophie veröffentlichten Fälle 200 überstiegen haben, wenigstens hatte sie meines Wissens schon zu Anfang 1888 176 betragen, während die juvenile Form

der Muskelatrophie noch in einer weit bescheidenern Ziffer vor die Oeffentlichkeit trat; genau ist mir dieselbe ebenfalls nicht bekannt.

Ein eigenthümlicher Zufall wollte es, dass mir innerhalb der Grenzen einer nicht sehr ausgedehnten Praxis 3 Fälle dieser Myopathien zur Beobachtung kamen; 2 Fälle von Pseudomuskelhypertrophie in den Jahren 1874 und 1883 und ein Fall von *Erb*'scher Muskelatrophie im Jahre 1886. Der Umstand, dass meines Wissens bishin noch keine derartigen Erkrankungen im „Correspondenzblatt" veröffentlicht wurden, bewog mich, damit den Anfang zu machen, denn es ist wohl anzunehmen, dass manch' hieher gehöriger Fall von meinen schweizerischen Collegen beobachtet — aber nicht zur öffentlichen Kenntniss gebracht wurde.

1. Pseudomuskelhypertrophie. C. H. von Heldsweil bei Erlen, 16½ Jahre alt, Bauernsohn, soll nach den Angaben seiner Mutter schon zu Ende des ersten Lebensjahres seine ersten Gehversuche gemacht haben. Dann erkrankte er an einer heftigen Pneumonie, die im Reconvalescenzstadium noch einen Nachschub zeigte. Darauf wurde er kurze Zeit nachher vom Keuchhusten heimgesucht und kam sehr herunter. Auf diese Weise war er erst mit 2 Jahren wieder im Stande, seine durch rasch aufeinander folgende Krankheiten sistirten Gehversuche aufzunehmen. Er lernte das Gehen dann wie andere Kinder und wurde auch an der Gangart selbst nichts Sonderbares beobachtet.

Obschon er in den folgenden Jahren von Krankheiten verschont blieb, war er doch immer schwächlich und von blassem Aussehen.

Seine Nahrung bestand in einfacher aber gesunder Kost.

Vom 5. Jahre an besuchte er die Schule und war ein Schüler von höchstens mittelmässiger Begabung.

Ohne den Beginn des Leidens genauer angeben zu können, glaubt die Mutter denselben in das 9. oder 10. Altersjahr verlegen zu dürfen. Damals nämlich fing der Knabe an, über ein ungewöhnliches Gefühl von Müdigkeit und Schwäche im Rücken und in den Beinen zu klagen. Er musste sich allmälig von dem Spielplatze seiner Kameraden zurückziehen und vermochte ihnen beim Nachhausegehen aus der Schule nicht mehr zu folgen. Besondere Mühe verursachte ihm das Treppensteigen und musste er sich, wenn ihm keine Lehne zur Verfügung stand, die Hände auf die Kniee stützend, hinaufschleppen. Seit Jahren fiel die Dickezunahme beider Waden auf, nie zeigten sich fibrilläre Zuckungen, nie abnorme Sensationen, mit Ausnahme eines vermehrten Kältegefühles in den Beinen.

Sein Vater starb mit 57 Jahren an Herzleiden; die Mutter ist etwas anämisch, sonst gesund. Von 6 Geschwistern starben 3, 2 in den ersten Lebenswochen, das eine an allgemeiner Schwäche, das andere an Diarrhoe, ein drittes mit 4 Jahren an Scharlach. Zwei Brüder im Alter von 13 und 24 Jahren leben und sind gesund. Eine ähnliche Erkrankung wie die dieses Patienten wurde in der Familie und deren Seitenzweigen nie beobachtet.

Status praesens vom 2. December 1874. Körperlänge 145 cm.; früher auffallend mager, jetzt gedunsen. Hautfarbe schmutzigblass.

Eigenthümliche Körperhaltung: der Oberkörper stark rückwärts, die Lendengegend stark vorwärts (sattelartig) gebogen, was um so mehr frappirt, als das Gesäss mit seinem mächtigen Muskelpolster dadurch noch auffallender hervorgehoben wird. Die Brust ist abgeflacht, die Schulterblätter, besonders das rechte sehr vorstehend, auch tiefer wie das linke. Ausser dem nach rückwärts stehenden Oberkörper und der hochgradigen Lordose fallen besonders die dicken massigen Waden in die Augen, die sich prall anfühlen und plump und schwerfällig erscheinen. Während die Muskeln des Gesässes, der Oberschenkel und besonders der Waden Volumszunahme zeigen, ist besonders an denjenigen des Schultergürtels und Rückens das Gegentheil zu constatiren. Die Maasse ergeben folgende Verhältnisse: Oberarm in der Mitte rechts 21,2, links 21 cm., Vorderarm an der dicksten Stelle rechts und links 22 cm., Oberschenkel in der Mitte beiderseits 34 cm., über'm Knie 30, Wade an der dicksten Stelle rechts 32,5, links 33 cm., Unterschenkel über den Knöcheln rechts wie links 20 cm.

Die Körperbewegungen sind schwerfällig und unbeholfen, die motorische Kraft in hohem Grade abgeschwächt und zwar gleichmässig auf beiden Seiten. Der Gang ist breitspurig, unsicher, wackelnd; ein leiser Stoss bringt ihn aus dem Gleichgewicht und macht ihn zu Boden fallen. Aus sitzender Stellung vermag er sich nur, wenn er sich an einem Gegenstande festhalten kann, zu erheben. Der Händedruck ist schwach; gestreckten

Armes vermag er nur einen kurzen Augenblick ein Gewicht von $1^1/_2$ kg. zu halten; die Arme in die Höhe zu heben ist er unvermögend. Lässt man ihn in sitzender Position die Zehen dorsal- und plantarwärts flectiren, so geschieht es langsam und nicht ausgiebig; ebenso ungelenk und unvollkommen sind die Bewegungen im Fussgelenke. Die Unterschenkel können gegen die Oberschenkel nicht bis zu einem rechten Winkel erhoben werden, die Streckung ist noch unausgiebiger und besteht mehr in einem Schleudern nach vorn, wobei dieselben gleich wieder in die frühere Lage zurücksinken. Von der gleichen Unausgiebigkeit sind auch die Bewegungen in den Hüften. Beim Gehen hebt er mit Mühe den Fuss vom Boden ab und wirft ihn nach vorn.

Die electromusculäre Sensibilität hat keine merkliche Störung erlitten, dagegen liegt die Contractilität darnieder in den Deltoidei, Tricipites brachii, den Flexoren des Vorderarms, den Glutæi, Extensoren und Adductoren der Oberschenkel sowie den Wadenmuskeln. Hautsensibilität, Wärmegefühl und Raumsinn zeigen nirgends eine Störung. Die innern Organe sind gesund, die Verdauung gut, keine Blasenstörung vorhanden.

Meine Zumuthung, dem Kranken ein Stückchen aus einem der erkrankten Muskeln excidiren zu dürfen, machte ihn fahnenflüchtig und sah ich ihn später nicht mehr. Er lebte noch 10 Jahre, wovon 8 Jahre im Bette, da er absolut nicht mehr zu gehen vermochte.

(Schluss folgt.)

Waadt. Concordat mit England. Le numéro du 15 Janvier 1888 du Correspondenzblatt publie, à la page 58, une lettre adressée par la commission des médecins suisses au comité directeur des examens fédéraux. Cette lettre engage ce dernier à combattre vivement la conclusion de toute convention anglo-suisse tendant à autoriser les médecins diplômés dans l'un des pays contractants, à exercer leur art dans les deux états signataires du traité.

Au risque de m'exposer à des redites inévitables, je viens vous prier, Monsieur le Rédacteur, de vouloir bien accueillir dans votre estimable journal les réflexions qui suivent. La question vaut la peine d'être discutée, elle demande que le corps médical s'en occupe. Il y a des intérêts de tous et non pas seulement de ceux de nos confrères qui exercent leur profession dans des contrées où l'élément anglais est largement représenté. Si la convention anglo-suisse est signée, des traités semblables pourront lier plus tard la Suisse avec d'autres états qui en auraient fait la demande aux autorités fédérales. C'est là une raison de plus pour que nous présentions, dès maintenant, les arguments qui militent contre la signature de la convention anglo-suisse.

Je crois que tout le monde admettra que pour qu'un contrat instituant, en matière d'exercice de la profession médicale, la réciprocité des diplômes anglais et suisses ne soit pas léonin, il faut:

A. *que la valeur des diplômes puisse être aisément et sûrement déterminée et que, de plus, elle soit sensiblement égale dans les deux pays,*

B. *que*, la proposition A étant résolue, *les ressortissants des deux pays contractants trouvent un avantage — si possible égal — dans la conclusion et l'entrée en vigueur de la convention.*

Je crois pouvoir démontrer que les desiderata émis par les deux thèses ci-dessus ne sont point réalisables dans le cas donné et je vais discuter les deux propositions.

Thèse A. La valeur du diplôme de *médecin suisse* — auquel habituellement s'ajoute le titre de Doctor medicinæ d'une faculté sérieuse — est facile à déterminer. Ce diplôme n'est accordé qu'à celui qui réunit une somme considérable de connaissances théoriques et pratiques. Les établissements d'études sont placés sous la surveillance des cantons et la confédération dirige les épreuves dont elle élabore le programme.

En *Grande-Bretagne* l'exercice de la médecine est libre (tous les pharmaciens ont des cabinets de consultation). Par contre on ne peut être reçu comme médecin devant les tribunaux, dans l'administration, guerre, marine, que si l'on est porteur de l'un des diplômes suivants (on est alors „registered“):

Compagnon, (Fellow) Membre, Licencié, Extra-Licencié, du R. C. P. London;
Compagnon, (Fellow) Membre, Licencié, du R. C. P. Edinburgh;
Compagnon, (Fellow) Licencié, du King & Queens' Collège P. Ireland;

Compagnon, (Fellow) Membre, Licencié en Obstétrique, du R. C. S. England;
Compagnon, (Fellow) Licencié, du R. C. S. Edinburgh;
Compagnon, (Fellow) Licencié, Faculté de méd. et de Chir. de Glasgow;
Compagnon, (Fellow) Licencié, R. C. S. Ireland;
Licencié de la société des Apothicaires de Londres;
Licencié de l'Apothecaries' Hall de Dublin;
Docteur en médecine, Bachelier en médecine, Licencié en médecine, des Universités de Londres, Oxford, Durham, Manchester, Aberdeen, Edinburgh, Glasgow, St. Andrews, Dublin, Royal University Ireland;
Docteur en médecine, gradué par l'archevêque de Canterbury!

Soit en tout 51 titres fixes auxquels il faut ajouter celui de

Docteur en médecine d'une Université coloniale ou étrangère pratiquant dans le Royaume depuis une date antérieure à 1858

et de plus celui de

Bachelier en chirurgie de toutes les Universités anglaises autorisées à conférer ce titre.

Ce tableau contient nombre de titres sérieux, enviables même, mais c'est l'exception; l'immense majorité ne donne, à celui qui le porte, qu'un crédit presque nul.

Sera-t-il possible — dans cette masse de titres pompeux — de trier ceux qui sont réellement équivalents au diplôme suisse? Je ne le pense pas; c'est tout au moins très-difficultueux et par ce fait la proposition A n'est pas résolue.

Thèse B. Les médecins suisses qui se fixeront en Grande-Bretagne y trouveront-ils des avantages semblables à ceux qui attendent les médecins anglais qui se fixeront en Suisse? (Je dis Grande-Bretagne et non Empire britannique parce que la convention que signera l'ambassadeur de la Grande-Bretagne n'a de valeur forcée que pour ce pays; les colonies, le Cap excepté, restant libres de légiférer comme bon leur semble). — Assurément pas. Le diplôme suisse ne donnera pas à son porteur un prestige suffisant pour qu'il puisse se créer une position avantageuse et le nombre des médecins qui se fixeront en Angleterre, Ecosse ou Irlande sera très-restreint, probablement pas supérieur à ce qu'il est aujourd'hui.

En Suisse le diplôme fédéral donne à celui qui le possède un crédit considérable auprès de la population; le médecin anglais bénéficiera de cette considération et — pour qui connaît le chauvinisme anglais — il est certain qu'il attirera à soi toute la clientèle anglaise que l'on rencontre dans nos stations climatériques et balnéaires.

De la discussion qui précède il résulte que le médecin suisse qui a des prestations d'office très onéreuses — médecine légale, service militaire — sera de plus redevable à la bienveillante protection des autorités fédérales d'une concurrence redoutable sans que, d'autre part, il puisse jouir d'aucun bénéfice nouveau.

Encore un point très important: L'Anglais vivant hors de son pays se fait adresser de celui-ci tout ce qui peut être expédié (vêtements, conserves, bières); les costumes . . . pittoresques que nous les voyons porter viennent directement de Londres et non de nos ateliers de confection. Pour les médicaments il en est de même; il lui faut des spécialités anglaises. Ce sera un chapitre nouveau à ajouter à la future pharmacopée suisse dont la naissance est déjà si laborieuse! Ce sera, du même chef une concurrence de plus pour nos droguistes et nos pharmaciens. La police sanitaire sera encore plus difficile. Du même coup la confédération favorisera le charlatanisme (dont les spécialités sont une des faces) quoique, à l'entendre, elle déplore son extension!

Si la prospérité de nos stations d'étrangers et des hôteliers — car c'est un peu d'eux qu'il s'agit — le demande, je ne craindrais pas d'accorder, exceptionnellement et sur le vu de diplômes sérieux, à certains médecins anglais l'autorisation d'exercer l'art de guérir. Je le préférerais de beaucoup à la convention projetée.

Mais je n'ose bien insister craignant de voir mes confrères, MM. *Lussi* et *Mory*, partir en guerre contre les cantons et le Cantönligeist!

Excusez la longueur de ma lettre et recevez, M. le Rédacteur, l'assurance de ma considération distinguée.

Lausanne, 28 Janvier 1888. Dr. *Dind.*



Wochenbericht.

Schweiz.

Herr Dr. *Wyder* von Oberstrass in Berlin wurde zum Prof. ordin. für Geburtshülfe und Gynæcologie an der Universität Zürich ernannt. Wir freuen uns, dass Dr. *Wyder*, der, wie wir berichteten, in Dorpat gewählt war, nun der Heimat erhalten bleibt.

Zürich. Zur Richtigstellung. In der Berliner klinischen Wochenschrift sowohl als in französischen medicinischen Journalen wird gegenwärtig über die Abstimmung am letzten internationalen Congresse in Washington betreffs Bestimmung des nächsten Congressortes gesprochen und dabei erwähnt, dass der Schweizer-Delegirte einzig gegen Berlin gestimmt hätte.

Ich finde mich veranlasst als Besucher jenes Congresses zur Klarstellung des Sachverhaltes hier Folgendes mitzutheilen: Der h. Bundesrath hatte als officielle schweizerische Delegirte bezeichnet Herrn Prof. *Kocher* in Bern und Herrn Dr. *Banga* in Chicago. Letzterer war am Congresse anwesend, versicherte mich aber, dass er als amerikanischer Arzt den Congress mitmache und deswegen nicht Delegirter der Schweiz sein könne und wolle. Als sog. Schweizer-Delegirter stimmte nun bei jener Abstimmung Herr Dr. *Cordès* aus Genf. Ob er es mit oder ohne einen officiellen Auftrag[1]) gethan, weiss ich nicht. Ich hatte einen solchen niemals erhalten und enthielt mich daher auch jeglicher Meinungsäusserung. Dr. *Kaufmann*.

Ausland.

Zur Sublimatfrage. Von Prof. Dr. *Krönlein* in Zürich.

Im Anschlusse an die unter diesem Titel in der letzten Nummer des Corr.-Bl. von Herrn Collegen Dr. *Garrè* in Basel publicirte Mittheilung über brauchbare Sublimatlösungen erlaube ich mir, kurz diejenige Sublimatlösung hier anzuführen und zu empfehlen, welche nun seit bald einem Jahre in meiner Klinik ausschliesslich verwendet wird. Diese Lösung ist denjenigen Collegen, welche im September 1887 den Militär-Operationscurs in Zürich mitgemacht haben, bereits bekannt; ebenso kennen die Aerzte von Zürich dieselbe aus einem Vortrage, den ich am 17. December 1887 in der Gesellschaft der Aerzte über brauchbare Sublimatlösungen gehalten habe.

Wenn es ein Verdienst ist, eine leistungsfähige Sublimatlösung von unveränderlichem Titer ohne nennenswerthe Mühe und, so zu sagen, in allen Verhältnissen herstellen zu lehren, so gebührt dieses Verdienst meiner Ansicht nach ganz und gar Herrn Cantonsapotheker *C. Keller*, der mir seiner Zeit in einer brieflichen Mittheilung ebenso einfach wie überzeugend den Gedankengang klarlegte, welcher ihn zur Herstellung seiner Sublimatlösung geführt hatte. Er schrieb damals:

„Als Sie vor circa 3—4 Jahren an hiesiger chirurgischer Klinik die Sublimatbehandlung einführten, ergab sich für die Cantonsapotheke die Nothwendigkeit, grosse Quantitäten von Sublimatlösungen verschiedener Concentration darzustellen.

Zur raschen und leichteren Bereitung dieser Lösungen war es für uns wünschenswerth, eine concentrirte, z. B. 10% enthaltende Sublimatlösung vorräthig zu halten. Dem Umstande, dass Quecksilberchlorid sich bei mittlerer Temperatur erst in 18—20 Theilen Wasser löst, war leicht abzuhelfen dadurch, dass man dasselbe in Form der leichtlöslichen Doppelsalze, welche es mit den Chloriden der Alkaliummetalle, Chlorkalium, Chlornatrium und Chlorammonium, bildet, in Verwendung zog. Aus practischen Gründen bevorzugte ich das Quecksilberchlorid-Chlornatrium.

Eine zweite Schwierigkeit stellte sich der Bereitung klarer haltbarer Lösungen dadurch entgegen, dass unser Leitungswasser stark kalkhaltig ist, so dass sowohl reine Sublimatlösungen als auch solche des Quecksilberchlorid-Chlornatriums sich in kurzer Zeit stark trübten. Die Verwendung von destillirtem Wasser in so grossen Quantitäten aber war schon des Kostenpunktes wegen ausgeschlossen.

Der Gedanke lag nun sehr nahe, das Calciumcarbonat (resp. Calciumbicarbonat) des

[1]) Officielle, d. h. von der schweizerischen Aerztecommission auf eine Anfrage der eidg. Direction des Innern hin vorgeschlagene und vom hohen Bundesrath designirte Delegirte waren nur die Herren Prof. Dr. *Kocher*, welcher nicht Theil nahm, und Dr. *Henry Banga*. Niemand ausser ihnen hatte das Recht, als schweizerischer Delegirter aufzutreten, oder gar zu stimmen. *A. Baader*.



Leitungswassers durch Zusatz einer organischen Säure in ein Calciumsalz überzuführen, welches auf die genannten Quecksilbersalze nicht mehr zersetzend einwirkt. Ich überzeugte mich, dass eine Lösung von Calciumacetat weder in concentrirter Sublimatlösung noch in Lösungen von Quecksilberchlorid-Chlornatrium Trübung oder Niederschläge hervorbrachte. Nunmehr wurde eine concentrirte Lösung nach folgender Formel hergestellt:

Hydrargyr. bichlorat. corros.	500
Natr. chlorat.	250
Acid. acetic. dil. Ph. helv. (20,4%)	250
Aq.	4000

S. 10% Sublimatlösung.

Mittelst dieser Lösung wurden dann die verdünnten Lösungen, wie sie in der Chirurgie zur Verwendung kommen, gewöhnlich 1‰ enthaltend, mit gewöhnlichem Leitungswasser hergestellt.

Dieselben blieben vollständig klar und zeigten nur eine sehr schwach saure Reaction, welche ihre Verwendung in keiner Weise beeinträchtigte.

Wie bereits bemerkt, ist dieser Modus procedendi von chemischen Gesichtspunkten aus so naheliegend, dass ich kaum daran zweifle, dass auch anderwärts die Sublimatlösungen in gleicher oder ähnlicher Weise dargestellt werden."

Diese vom 21. October 1887 datirte Mittheilung kommt jetzt zwar etwas verspätet. Gleichwohl dürfte sie auch jetzt noch ihren Werth haben, da mancher College, der exact arbeiten will, eine Sublimatlösung von bestimmtem Titer einer solchen von unsicherem Gehalte vorziehen wird und da in Folge dieser verspäteten Mittheilung eine längere klinische Erfahrung, bei Hunderten grosser Operationen und Verletzungen gewonnen, der Publication dieser Lösung empfehlend zur Seite steht.

Endlich hat Herr Prof. chem. *Victor Meyer* in Göttingen die Freundlichkeit gehabt, die *Keller*'sche Lösung nach privater Mittheilung von meiner Seite einer Prüfung zu unterwerfen und mir unter dem 14. Januar c. Folgendes darüber mitzutheilen: „Lieber Herr College! Die nach Ihrer, bezw. Herrn *Keller*'s Angabe bereiteten Lösungen habe ich recht haltbar befunden und zwar sowohl im Dunkeln wie am Lichte. Seit 26. November haben sich in geschlossenen Flaschen kaum wägbare Mengen bas. Trübungen abgeschieden." *Victor Meyer.*

Die parasiticide Wirkung unserer sauren Sublimat-Kochsalzlösung habe ich selbst nicht erproben können: ein bacteriologisches Laboratorium der chirurgischen Klinik ist zwar, so hoffen wir, seiner Schöpfung nahe, doch heute noch nicht vorhanden. Vielleicht gibt diese Mittheilung den Anstoss, die Herren Bacteriologen zu einer solchen Prüfung zu veranlassen. Klinisch hat sich die Lösung durchaus bewährt.

Ueber das Verhalten der Cerebrospinalmeningitis zu den Infectionskrankheiten. *F. Wolff* (Hamburg) hat bei der Beschäftigung mit einem grossen Material von Meningitis-Kranken das Verhalten der Meningitis zu den Infectionskrankheiten derartig gefunden, dass er schliesslich zu dem Resultat gekommen ist, eine wirkliche Complication der Meningitis mit einer Infectionskrankheit sei so gut wie völlig auszuschliessen, die meningitischen Erscheinungen liessen sich durch Localisation des betreffenden Inficiens erklären.

Symptome von Rheumatismus, Endocarditis, Typhus, Pneumonie u. A. finden sich bei Meningitis, meningitische Symptome bei allen diesen Erkrankungen — häufig in einer Weise, dass die Entscheidung unmöglich ist, welches Virus das am meisten hervortretende sei. Dabei ist das Bild der Meningitis sowohl klinisch wie anatomisch ein nicht exact begrenztes: leichte Fälle der M. sind kaum zu diagnosticiren, pathologisch fehlt zuweilen jegliche grobe anatomische Veränderung. Die Bacteriologen fanden nur den Diplococcus pneumoniæ *Fränkel* als Krankheitserreger von Pneumonie, Endocarditis, Meningitis und zwar sowohl bei Combination zweier dieser Krankheiten, wie auch bei jeder einzelnen Erkrankung; bei Pneumonie und Endocarditis wurde nicht selten reichliches eitriges Exsudat in den Meningen gefunden. Ein solches fehlte nach *W.*'s Erfahrungen trotz deutlicher meningitischer Symptome bei Typhus, Milzbrand und Tuberculose. Da bei letzteren beiden Infectionen trotz massenhafter Bacillen-Einwanderung in die Centralorgane kein eitriges, oder auch gar kein Exsudat entsteht, ist der Schluss erlaubt, dass nicht alle Microorganismen oder deren Producte Exsudate dort zu erzeugen vermögen. Wie der Bacillus des Milzbrandes und der Tuberculose gehört dazu vermuthlich auch der des

Typhus. (*Curschmann* konnte in einem Typhusfalle das Vorhandensein von Typhusbacillen im Rückenmark constatiren, fand dabei keine Spur von Exsudat.) — Vielleicht auch andere Organismen von Infectionskrankheiten (Rheumatismus?). Auf diese Weise lassen sich also ohne Zuhülfenahme einer zweiten Infection die meningitischen Symptome der Infectionskrankheiten erklären.

Unter dieser Annahme findet sich auch eine Erklärung für die sog. sporadischen Fälle von Mening. cerebrosp. — Analog dem larvirten Rheumatismus *Immermann*'s, sowie der Mening. Tubercul. als eine auf die C.-Organe beschränkte Localisation der Allgemein-Infection ist eine larvirte Pneumonie mit pneumonischer Meningitis, larvirter Typhus mit typhöser Meningitis u. s. f. wohl anzunehmen, zumal die Darmbefunde des Typhus bei pneumonischen Veränderungen häufig erfahrungsgemäss sehr unbedeutend sind, namentlich auch in den mit meningitischen Erscheinungen verbundenen Fällen. Eine solche Annahme findet durch *Weichselbaum*'s Entdeckung des Dipl. pneum. als einen Krankheitsträger der Meningitis Bestätigung.

Der Nachweis mehrerer Krankheitserreger für dies anatomische Bild der Meningitis liesse sich ebenfalls in dieser Richtung verwerthen.

Ob larvirte Formen verschiedener Infectionskrankheiten mit Meningitis wie bei der sporadischen, auch bei der epidemischen Form der Mening. cerebrosp. unterlaufen, bleibt dahingestellt; der Verf. weist auf die Möglichkeit hin, da Typhus häufig gleichzeitig mit der Mening. epid. auftritt, da nach seinen Erfahrungen für Meningitis und Pneumonie die gleiche Disposition besteht, weil beim Rheumatismus und Meningitis die Heilmittel und die Aetiologie nach Ansicht mancher Autoren eine ähnliche ist.

Bezüglich der Ausführung der kurz berührten Gedanken des inhaltsreichen Vortrags muss auf die im December 1887 in der Deutschen med. Wochenschr. erschienene Original-Arbeit hingewiesen werden.

Aetiologie und Therapie des Erysipels. Die Aetiologie dieser Affection ist bekanntlich durch *Fehleisen* in befriedigender Weise geklärt worden, indem es *F.* gelang, in den Lymphspalten der erysipelatösen Haut, besonders am fortschreitenden Rande S t r e p t o c o c c e n zu finden. Diese konnten in Nährgelatine gezüchtet werden und erzeugten noch in 13. Generation auf den Menschen übertragen typisches Erysipel. Veranlassung zu solcher Impfung gaben Patienten mit inoperablen malignen Geschwülsten und die Rechtfertigung einer solchen nicht selten folgenschweren Inoculation lag in der vielfach bestätigten Beobachtung, dass solche maligne Geschwülste, nachdem ein Erysipel darüber gegangen, durch fettige Degeneration einer rapiden Rückbildung anheimfielen. Es ist somit Folgendes sichergestellt: Das Erysipel ist eine Wundinfectionskrankheit, d. h. entsteht durch Verunreinigung einer Wunde mit einer bestimmten, wohl charakterisirten Bacterienart, dem Kettencoccus des Erysipels. Dieser Coccus wandert in den Lymphspalten weiter, meist in der Richtung des Lymphstromes, selten demselben entgegen, und verursacht eine acute Dermatitis, verbunden mit schweren Störungen des Allgemeinbefindens, besonders hohem Fieber.

Nur selten bedingt diese Affection den Tod, meist tritt spontan Stillstand des Processes und Heilung in 2—3 Wochen, oft schon in wenigen Tagen ein.

Die therapeutischen Maassnahmen, die empfohlen wurden — es sind deren Legion! — entziehen sich gerade des gewöhnlich spontanen und günstigen Abschlusses der Krankheit halber einer eingehenden und einwurfsfreien Kritik. Einzig im Hinblick auf die Aetiologie können wir a priori nur günstige Einwirkung von Mitteln erwarten, denen ein ausgesprochen schädigender Einfluss auf die Bacterienentwicklung zukommt. *Fehleisen* zählt die vornehmsten Mittel auf in den Therap. Monatsh. 1887, Nr. 12. Schon bei den Alten wurde versucht den Allgemeinzustand günstig zu beeinflussen durch Brech- und Abführmittel, — was von mehreren Autoren der Neuzeit für den Beginn empfohlen wird. Bei Kopferysipel mit soporösem Zustande nimmt *Volkmann* zum Aderlass Zuflucht — all' diese Mittel hielten einer genauern Prüfung nicht Stand — am ehesten dürfte vielleicht noch die von *Pirogoff* eingeführte Kamphercur zu versuchen sein, um bei schwerer Intoxication dem Herzcollaps entgegenzuarbeiten. *P.* lässt das Mittel in grossen Mengen, bis zum Eintritt von Vergiftungserscheinungen (Delirien, Puls 55—50, Temperaturabfall) reichen — halbstündlich bis stündlich 0,1 p. os oder subcutan.

Mit all' den prächtigen Antipyretica waren ferner die Mittel gegeben, um gegen das

hohe Fieber vorzugehen. Alle der Reihe nach wurden versucht, die Erfolge aber wenig ermuthigend. Die Gefahr für den Patienten liegt an und für sich nicht in der Höhe der Temperatur, sondern wie bei den meisten Infectionskrankheiten in der Schwere der Blutintoxication — der Resorption der durch die Erysipelcoccen in den Lymphwegen abgespaltenen Ptomaine. Die Temperatur ist freilich meist der directe Maassstab der Höhe dieser Vergiftung. —

Da der letale Ausgang durch Herzlähmung bedingt wird, so müssen wir nothgedrungen den Schwerpunkt der innern Behandlung auf die Erhaltung der Kräfte legen, und bei drohendem Collaps energisch Excitantien anwenden.

Die neueste Zeit hat Dank der Klärung der ätiologischen Fragen die locale Behandlung in den Vordergrund gestellt. Die Anwendung der Kälte (Eiscompressen und Eisbeutel) wird von den Kranken meist angenehm empfunden und bei Kopfrose symptomatisch sehr zu empfehlen; dann versuchte man die fortschreitende Entzündung zu coupiren durch Jod- und Arg. nitr.-Bepinselungen, doch wird hierüber ebenso wenig Ermuthigendes berichtet, wie über die Terpenthineinreibungen, das Resorcin oder das Ichthyol.

Bessere Erfolge hatte *Hüter* mit seinen bekannten Carbolsäureinjectionen: von einer 3%igen Lösung wird am fortschreitenden Rande in Abständen von 6 cm. je 1,0 injicirt, so 12—15 Spritzen. Das Verfahren hat eine beschränkte Verwendung gefunden, da es im Gesicht nicht anzuwenden, bei ausgedehntem Erysipel nur partielle Beeinflussung erwartet werden kann u. s. w. — An Stelle von Carbol wurden andere Substanzen: Acid. salicyl., Ergotin, Chinin und Sublimat empfohlen — letzteres ist cutan beigebracht sehr schmerzhaft und führt oft zu Abscedirungen.

Kraske will die Affection folgendermaassen coupiren: im ganzen Bereiche der Erkrankung werden bis 1 cm. lange Scarificationen (15—20 auf 1 □") gemacht, die meist bis ins Corium, viele durch die ganze Cutis reichen. Die Schnitte werden ausgedrückt, mit 5% Carbolwasser berieselt und mit Carbolcompressen bedeckt. *Riedel* modificirte das Verfahren, indem er an Stelle der Scarificationen 6—8 cm. lange eben blutende Incisionen von 1/2 cm. Distanz am Rand des Erysipels setzte, mit denen er andere im spitzen Winkel kreuzen liess. Darauf kommen Sublimatcompressen. In 11 Fällen hatte er vollen Erfolg zu verzeichnen.

Will man auf derartig eingreifende Therapie verzichten, so bedeckt man die kranke Stelle mit Watte, oder man wendet Puder und indifferente Salben an. Droht in Folge starker Spannung Gangrän der Haut, so soll man nicht zögern, Scarificationen zu machen, — die zugleich die oft heftigen Schmerzen beseitigen.

Zur Therapie des Rachencatarrhs. Dr. *Endler* hat folgende Lösung 3 × täglich gurgeln lassen und verzeichnet sehr günstige Resultate:

Sulfat. Zinci 5,0,
Aq. menth. pip. 1000,0.

Bei besonders empfindlichen Leuten wurden nur halb so starke Zinksulfatlösungen gewählt. (Berl. klin. W. Nr. 3, 1886.)

Stand der Infections-Krankheiten.

		Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperal-fieber	Parotitis	Ophthalmo-blennorrhœa	Rubeola
Zürich u. Aussengem.	22. I.-28. I.	3	4	1	1	—	2	4	—	—	—	—
	29. I.- 4. II.	4	3	—	4	3	7	4	—	—	—	—
Bern	22. I.-28. I.	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
	29. I.- 4. II.	—	2	—	—	1	1	—	—	—	—	—
Basel	26. I.-10. II.	64	1	21	—	2	18	14	1	8	—	—

In Basel hat Scharlach wenig abgenommen (in den letzten Berichten 98 resp. 71 Fälle), Grossbasel 41, Kleinbasel 23, Kleinkinderschulen 9, Primar- und höhere Schulen 18, Erwachsene 15.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.



CORRESPONDENZ-BLATT

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats.
Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 12. — für die Schweiz, Fr. 14. 50 für das Ausland. Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. A. Baader in Basel. und **Dr. C. Garrè**, Docent in Basel.

N°. 5. XVIII. Jahrg. 1888. 1. März.

Wenig mehr denn Jahresfrist ist seit dem Hinschiede von Alb. Burckhardt-Merian verflossen und abermals trifft uns ein schwerer Verlust.

Am 25. Februar, Abends 9 Uhr, starb unser treuer Freund und College

Arnold Baader.

Eine croupöse Pneumonie raffte ihn mitten aus seinem Schaffen, mitten aus seinem vielseitigen und segensreichen Wirken hinweg.

Tapfer und standhaft hat er bis zum letzten Hauche einen harten Kampf mit dem Leben gefochten. Trotz seiner seit Jahren erschütterten Gesundheit kannte er für sich keine Ruhe, keine Schonung.

Sein ganzes Leben war eine Kette von Arbeit uneigennützigster Art. Als Vorkämpfer ärztlicher Standesinteressen, als Berather für Dinge des öffentlichen Wohles — als liebevoller Freund, als edler Helfer und Arzt in Noth und Krankheit — stets von derselben opferwilligen Hingabe!

Ein reiches Leben hat mit Baader abgeschlossen. Die ungetheilte Achtung seiner Bekannten und Collegen, die Liebe seiner Freunde folgen ihm ins Grab.

Die Erde sei ihm leicht!

† Dr. Arnold Baader.

Auch Du, lieber Freund! Wir hätten es wissen können, dass Du uns bald verlassen wirst. Du hast es uns selber gesagt, mit der ganzen Schärfe Deines Urtheils und mit Deiner liebenswürdigen Resignation; noch vor wenigen Wochen, mitten in Deiner Arbeit. Wer Dich kannte, hat Dich geliebt als den unbesieglichen Idealisten, für welchen keine seiner kalten Schicksalsnächte so dunkel war, dass nicht noch sein Stern geschienen hätte; wer Dich kannte, hat Dich bewundert, den tauben Mann, der Alles hörte, und eine grosse ärztliche Praxis unter Schwierigkeiten bewältigte, die Andere lahm gelegt hätten.

Ich habe viele Menschen kennen gelernt, zur grossen Mehrzahl gute, manche geniale, manche Helden, aber als einen der Besten den liebenswürdigen Baader, rastlos fleissig, geistig scharf und immer schlagfertig, gemüthlich weich und grenzenlos gütig. Wenn er nur helfen konnte, dann war ihm immer geholfen.

A. Burckhardt-Merian und A. Baader, die beiden langjährigen Redactoren des Correspondenz-Blattes, die Begründer der Hülfskasse für Schweizer Aerzte, die allzeit rüstigen Arbeiter im Centralverein und in der schweizerischen Aerzte-Commission, sie waren ein geistiges Brüderpaar, wie man es in Generationen nicht wieder zusammenfindet, geschulte Geister und feinfühlende Herzen, vor Allem aber gute Bürger mit starkem Gemeinsinn. Sie haben ihre schweizerischen Collegen geeinigt, verbunden und auf dem Grunde einer verständigen, nüchternen Lebensanschauung den idealen Besitz, die Liebe zu ihrer Wissenschaft und zu ihren Mitmenschen gemehrt. Das hat sie den schweizerischen Aerzten lieb und unvergesslich gemacht.

Der Mensch ist nicht mehr noch weniger als das was er thut, und es war eine grosse That dieser beiden, nun in Gott ruhenden Freunde, es in ihrem Leben darzustellen, dass die Medicin kein Gewerbe, sondern ein Beruf ist, eine Angelegenheit des Geistes und des Herzens zugleich. Wie manchmal habt Ihr uns ermahnt und getröstet, angespornt und beruhigt, belehrt und begeistert!

Mit dem Tode Baader's schliesst eine Epoche in unserm schweizerischen Aerzteleben ab, und auch der geistvolle Mitarbeiter, den er für sein Correspondenz-Blatt gewonnen, wird uns verlassen; wir müssen am Grabe unseres treuen Freundes uns die Hände reichen und uns geloben, in seinem Geiste weiter zu arbeiten. Die jugendfrische alte Universität, so hoffen wir, wird uns wieder Männer schenken, welche das gute Werk weiter führen. Der Geist des vollendeten Freundes mahnt uns, die Empfindung in Bewegung umzusetzen und das Andenken des Todten durch Thaten zu ehren, so lange es noch für uns Tag ist!

Sonderegger.



Original-Arbeiten.

Ueber Gesundheitspflege und Revision des schweizer. Volksschulwesens.

(Eine Skizze.)

Vortrag, gehalten an der Versammlung des schweizer. ärztlichen Centralvereines in Olten, 29. October 1887, von **Hürlimann**, pract. Arzt in Unterägeri.

Die Resultate der pädagogischen und sanitarischen Recrutenprüfungen geben Anlass, sich ernsthaft mit dem Bildungsgrad und der Kraft und Gesundheit unseres Schweizervolkes zu beschäftigen.

Die folgenden Zahlen illustriren die Ungleichheit, welche in der angedeuteten Hinsicht in den verschiedenen Gegenden unseres Ländchens besteht.

Ergebnisse der pädagogischen und sanitarischen Recrutenuntersuchungen während den Jahren 1877—1884.

Durchschnittszahl der pädagogischen Prüfungsresultate

Basel-Stadt	7,2	Solothurn	9,2	Tessin	10,2
Genf	7,6	Aargau	9,4	Bern	10,3
Thurgau	7,9	Graubünden	9,5	Schwyz	10,7
Zürich	8,0	St. Gallen	9,6	Unterwald., Nidwald.	10,8
Schaffhausen	8,1	Baselland	9,7	Freiburg	11,4
Waadt	8,9	Glarus	9,7	Uri	11,9
Zug	9,2	Appenzell A.-Rh.	9,8	Wallis	12,1
Unterwalden, Obwald.	9,2	Luzern	10,0	Appenzell I.-Rh.	12,5
Neuenburg	9,2				

Procentzahl der militärisch tauglichen Recruten

Tessin	76,5	Thurgau	63,8	Solothurn	60,4
Waadt	68,7	Uri	63,8	Glarus	59,3
Genf	68,7	Basel-Stadt	63,6	Neuenburg	59,0
Schaffhausen	66,9	Schwyz	62,2	Aargau	58,6
Obwald. u. Nidwald.	66,6	Zürich	62,2	Wallis	56,6
Zug	65,5	Luzern	61,8	Bern	54,7
St. Gallen	64,3	Appenzell	61,7	Freiburg	48,7
Graubünden	64,3				

Hart ist der Kampf, den unser Ländchen gegenwärtig auf den verschiedensten Gebieten mit den grossen Staaten zu führen hat, und der Verlauf dieses Ringens ist zum grössten Theil abhängig von den Waffen, die wir unserer Jugend in die Hände drücken.

Unsere Hoffnung kann einzig auf der Heranbildung eines starken, gesunden, bildungsfähigen, also concurrenzfähigen Geschlechtes beruhen.

Diese Ueberzeugung bemächtigt sich immer mehr und mehr der maassgebenden Kreise und führt nothwendig zu einem lebhaften Wetteifer der Cantone auf dem Gebiete des Erziehungswesens.

Vorab sind es eine Anzahl grösserer Cantone, welche sich ernstlich mit der

Revision der Volksschule beschäftigen und wir besitzen bereits aus zwei Cantonen, Zürich und St. Gallen, Entwürfe, welche unsere Aufmerksamkeit als Aerzte und Bürger in hohem Grade verdienen.

Dieser Wetteifer ist eine erfreuliche Erscheinung; aber dieselbe bedarf der vollen Berücksichtigung und Controle des ärztlichen Standes.

Denn der Appetit, die Kinder auf Kosten des Körpers mit Unterrichtsstoff u. dergl. zu überladen, ist gross; klein aber ist die Berücksichtigung, welche man der Schulhygieine in vielen einflussreichen Kreisen schenkt.

Unter solchen Verhältnissen ist es, verehrte Herren Collegen, unsere Pflicht, in den Kampf zu ziehen und jetzt schon überall unsere Vorposten aufzustellen, welche darüber zu wachen haben, dass das Gebiet der Hygieine respectirt und nicht ungestraft verletzt werde.

I.

Auf welcher Höhe steht denn eigentlich die Schulhygieine; ist sie allseitig entwickelt; darf der Gesetzgeber mit ihr rechnen?

Allerdings ist die Schulhygieine eine ganz neue Wissenschaft, aber doch sehr reich an practischer Erfahrung. Nachdem dieselbe die Existenz von Schulkrankheiten und die ursächlichen Momente klargelegt hatte, schritt sie rasch zur Aufstellung von Postulaten, welche die Verhütung dieser Krankheiten zur Folge haben sollten.

An der Hand reicher Erfahrung kam man zur Aufstellung von Grundsätzen über Lage und Einrichtung von Schulgebäuden und man ist heute im Stande, über Zahl, Form, Grösse, Construction und Einrichtung der Schulzimmer, über Beleuchtung, Heizung und Ventilation sowohl grosser Bauten, als auch der einfachsten Dorfschulstuben in jeder Hinsicht befriedigenden Aufschluss zu ertheilen.

In ihrem Bestreben ist die Schulgesundheitspflege vom ersten Grundsatz der Pädagogie geleitet: die harmonische Entwicklung von Körper und Geist zu fördern. Das ist denn auch der Gedanke, welcher alle Handlungen der Erziehungsbehörden und gesetzgebenden Beamten bei Revision des Volksschulwesens durchdringen sollte.

Leider ist noch ein grosses Gebiet der Schulgesundheitspflege mangelhaft beleuchtet: Die Hygieine des Unterrichtes. Doch winkt auch hier die erste Morgenröthe besserer Erkenntniss.

Von einer systematisch aufgebauten Unterrichtshygieine wird man eben erst sprechen können, wenn man die Nothwendigkeit ärztlicher Controle anerkannt und die Gelegenheit hygieinischer Mitwirkung geschaffen hat.

Klein ist deshalb das Material, das uns zum Aufbau einer Unterrichtshygieine zur Verfügung steht, obwohl sich auch bei uns bereits eine Anzahl Schulmänner und Aerzte mit namhaften Vorarbeiten abgegeben haben und es wäre gewagt, an der Hand der wenigen Zahlen gegen ein ganzes System Sturm laufen zu wollen.

Ueber das Maass von Anforderungen, welche die Volksschule an die verschiedensten Altersstufen und Geschlechter stellen darf; über die Methode, wie man

den Kindern am leichtesten, am schonendsten, also am naturgemässesten die grosse Menge von Unterrichtsstoff beibringt; über die Reactionen des Körpers bei den mannigfaltigsten Arbeiten unter den verschiedensten Verhältnissen, zu verschiedenen Tages- und Jahreszeiten — über alles das wissen wir wenig, viel zu wenig.

Wenn auf irgend einem Gebiete des Erziehungswesens die Mitwirkung des Arztes unerlässlich ist, betrifft das den Unterricht im engern Sinn und es zeugt von mangelhafter Einsicht, wenn man gegenwärtig die wichtigsten pädagogischen Fragen ohne Mitwirkung der öffentlichen Gesundheitspflege zu lösen gedenkt und den ärztlichen Beistand bei Gründung einer Unterrichtshygieine — vorab aber bei Entwerfung eines Grundgesetzes für das Volksschulwesen — als nicht nöthig erachtet.

Der ärztliche Stand darf und muss aber mit aller Energie verlangen, dass bei einer Reorganisation der Primarschulen die wichtigsten Postulate der Gesundheitspflege ganz gewürdiget werden.

Dieselben betreffen:

a) Die ärztliche Ueberwachung der Schulen,

b) den Schuleintritt (nicht vor zurückgelegtem 7. Jahr),

c) die Entlastung der untern Unterrichtsclassen u. s. w. bezüglich Unterrichtsstunden.

Diese Grundsätze dürfen getrost in jedes Gesetz über das Volksschulwesen aufgenommen werden; denn sie entsprechen nicht nur den Beschlüssen hygieinischer Congresse (Genf, Wien u. s. w.), sondern auch der täglichen Erfahrung.

Der St. Galler Entwurf über Volksschulen acceptirt im Princip die in Lausanne und Basel eingeführte ärztliche Schulcontrolle, während die Zürcher Vorlage selbst das Minimum der hygieinischen Anforderung ignorirt und namentlich die Mitwirkung des ärztlichen Standes unnöthig findet.

Mit der gesetzlich anerkannten Mitberechtigung der Hygieine mit der Pädagogie (im engern Sinne des Wortes) namentlich in Fragen des Unterrichtes, wird das schweiz. Volksschulwesen in eine neue Phase der Entwicklung treten und manches Räthsel, von dem kurzsichtige Schulmänner geheimnissvoll sprechen, wird unter Mitwirkung der Schulärzte seine Lösung finden.

Uns Aerzte aber würde der beständige Umgang mit der sich so wunderbar und rasch entwickelnden Jugend; das beständige Studium ihrer Entwicklung; der Verkehr mit der Lehrerschaft; die Berathungen mit derselben immer jung erhalten; denn es gibt nichts Erfrischenderes, nichts Schöneres auf dieser Welt, als das Gedeihen der Jugend beobachten und fördern zu helfen.

II.

Wie sind die hygieinischen Vorschläge von Seite der Techniker aufgenommen worden?

Es ist gewiss recht schwierig, diese Frage in Form einer Skizze zu behandeln und es kann mir nicht einfallen, ein grosses Bild zu entwerfen. Dagegen sollen demselben wenigstens die Contouren nicht fehlen.

Wir erinnern hier an die Ergebnisse der Landesausstellung von 1883 (Gruppe Erziehungswesen und Hygieine); wir erinnern speciell an die 219 ausgestellten Pläne über Schullocalitäten, welche die Bewunderung vieler Besucher erregten und vergessen wir hier namentlich nicht das grosse Werk über schweiz. Schulstatistik, welche nach Schluss der Landesausstellung erschienen ist.

Im Ganzen darf man sagen, dass die Lage der neuen Schulhausbauten und ihre äussere architectonische Gestaltung eine musterhafte ist, dass aber die innere Gliederung vieler Neubauten zu wünschen übrig lässt.

Nur relativ wenige Schulhausbauten neuern Datums entsprechen in den wichtigsten Punkten (Raum, Beleuchtung und Ventilation) den Anforderungen der Hygieine.

Unter 219 ausgestellten Plänen von Schulzimmern konnte man das Princip der linkseitigen Beleuchtung nur bei 82 Zimmern nachweisen und auch hier nicht immer in richtiger Anwendung. Mustergültige Schulhäuser treffen wir in Basel, welches wohl unter allen Städten Europas auf dem Gebiete der Primarschulen in hygieinischer Beziehung am meisten leistet. Auch in den Cantonen Waadt, Neuenburg, in den Städten Zürich, Frauenfeld, St. Gallen u. s. w. treffen wir eine ziemliche Anzahl gut eingerichteter Schulhausbauten.

Im Grossen und Ganzen muss man aber leider constatiren, dass unsere Baumeister und Architecten noch durchweg nicht auf der Höhe der Zeit stehen, wir könnten eine grosse Anzahl von Schulhausbauten neuesten Datums erwähnen, welche den Beweis für unsere Aussagen leisten.

Neben der Aesthetik sollte die Hygieine die Werke unserer Baumeister als guten Geist durchdringen und ihren Leistungen nicht nur den Stempel des Edlen und Schönen, sondern auch den Charakter des Gesunden und Zweckmässigen verleihen. Das wären keine unerreichbaren Ideale, wenn man in leitenden Kreisen idealer denken und handeln würde.

Gerade was den Schulhausbau anbetrifft, haben einige wenige Architecten in der Schweiz den Beweis geleistet, dass sich die Gesetze der Hygieine mit den Anforderungen der Architectur sehr wohl vertragen und unsere in sanitarischer Beziehung günstig eingerichteten Schulbauten (namentlich in Basel) sind zugleich wahre Muster prachtvoller architectonischer Gestaltung.

Ganz Erfreuliches leisten die Techniker auf dem Gebiete der Ventilation und Heizung und es war erfreulich schon 1883 (anlässlich der schweiz. Landesausstellung) zu constatiren, dass die meisten neuern, grössern Schulhausbauten mit centralen Ventilations- und Heizsystemen versehen waren. Luft-, Warmwasser-, Heisswasser-, Niederdruckdampf-Heizsysteme (Beckem und Post) haben in den letzten Jahren einen hohen Grad technischer Vollkommenheit erlangt.

Auf die Fortschritte im Abtrittwesen, in welche sich verschiedene Branchen der Technik theilen, kann man hier nicht genau eintreten.

Zwei Neuerungen haben in den letzten zehn Jahren guten Boden gefasst:

a) Die Verlegung der Abtritte ausserhalb des Schulhauses.

b) Die Einführung des Tonnensystems (zur Verhütung der Verunreinigung des Untergrundes), wo ein Anschluss an ein centrales Abfuhrsystem oder Schwemmsystem nicht möglich ist.



III.

Ueber die Berücksichtigung der Schulhygieine von Seite der gesetzgebenden und Erziehungsbehörden lässt sich Folgendes mittheilen:

Es gab eine Zeit (in den 60er Jahren), wo man der Schulhygieine hauptsächlich in den grossen Cantonen die beste Aufmerksamkeit schenkte. Im letzten Jahrzehnt ist eine gewisse Stagnation eingetreten. Es ist auffallend, dass gerade da, wo ehedem die Schulhygieine blühte und gedeihte, heute am wenigsten Verständniss herrscht.

An der Spitze des Fortschrittes stehen Basel-Stadt und Lausanne mit der eingeführten sanitarischen Controlle der Schuljugend, der Schullocale und deren Einrichtungen. Auch das kleine Zug hat einen bescheidenen Anfang gemacht und wenigstens die Mitberechtigung der Hygieine in Schulangelegenheiten principiell anerkannt. Die andern Cantone überlassen die Controlle Schulinspectoren, Schulpflegern u. s. w., welche allerdings der Schulgesundheitspflege ihre Aufmerksamkeit schenken sollten, hiezu aber selbstverständlich meistens nicht genügend befähigt sind. Ein Arzt schaut mit andern Augen als ein Laie und die schönsten hygieinischen Einrichtungen nützen nichts, wenn man sie nicht zu gebrauchen versteht.

Die Cantone Zürich, Bern, Freiburg, Basel, Schaffhausen, Appenzell A.-Rh., St. Gallen haben Schulbaunormalien aufgestellt; leider sind die Bestimmungen meistens veraltet, viele über 25 Jahre alt. Da hat man eben nicht für Auffrischung gesorgt! Die neueste Schulbauverordnung besitzt St. Gallen vom Jahre 1887, verfasst vom Cantonsbaumeister Kohl. Fast alle Cantone verlangen die Genehmigung der Baupläne durch den Erziehungs- oder Regierungsrath; Luzern wünscht noch die Begutachtung durch den Sanitätsrath, im Canton Zürich hätten die Gesundheitsbehörden ein Wörtchen mitzusprechen.

Einige Bestimmungen über Ventilation besitzen die Gesetze und Schulverordnungen der Cantone Zürich, Freiburg, Basel-Stadt, Schaffhausen, Aargau, Neuenburg, Appenzell A.-Rh.

Die meisten Verordnungen kennen den Werth linksseitiger Beleuchtung noch nicht; Bern, Basel verlangen dieselbe, während viele Cantone dieses wichtige Postulat der Hygieine noch nicht würdigen.

Wohl am meisten Berücksichtigung hat man der Bestuhlung geschenkt. Hier darf man sagen, dass mit jedem Jahre in allen Cantonen Fortschritte zu verzeichnen sind. In vielen Städten streitet auf diesem Gebiete das Gute mit dem Bessern.

Die Cantone Zürich, Basel, Freiburg, Schaffhausen, Appenzell A.-Rh., St. Gallen haben genaue Vorschriften über Bau von Schulbänken erlassen, leider sind viele Bestimmungen veraltet, unrichtig.

Die Hygieine des Unterrichtes findet am meisten Berücksichtigung in Basel-Stadt. In den andern Cantonen existiren zum Theil nur spärliche Bestimmungen, welche den Schutz der Kinder (in hygieinischer Beziehung) während der Unterrichtszeit bezwecken.

Den Eintritt mit 6½ und 7 Jahren haben bis jetzt nur wenige Cantone

durchgeführt: Luzern, Obwalden, Nidwalden, Graubünden, Aargau, Wallis, Neuenburg.

Einige Cantone anerkennen die Entlastung der untern Classen mit Unterrichtsstoff und Einschränkung der Unterrichtszeit; nur wenige Cantone haben Bestimmungen über Pausen, Erholungsstunden (namentlich Schwyz, Freiburg, Basel-Stadt, Schaffhausen, Aargau, Thurgau).

Ueber Hausaufgaben sprechen sich die Schulverordnungen der Cantone Zürich, Bern, Schwyz, Nidwalden, Freiburg, Basel-Stadt, Schaffhausen, Aargau mit wenigen Worten aus.

Auch einige Erlasse gegen Verbreitung von Epidemien durch die Schulen sind da und dort getroffen worden. Am exactesten sind die Anordnungen in Glarus. Ueber Impfung der Schulkinder beim Eintritt und Austritt hat Zug verfügt.

Die obligatorische Beköstigung armer Schulkinder zwischen den Vor- und Nachmittagspausen haben Obwalden, Baselland und vielleicht einige andere Cantone eingeführt; die Privatarmenpflege leistet namentlich im Canton Zug durch eine zweckmässige Organisation das Nöthigste zur Winterszeit.

Der zu grossen Ueberfüllung der Schullocale suchen die meisten Cantone vorzubeugen, allein in oft ungenügender Weise. Sogar in Zürich verlangt man eine Theilung der Classe erst bei einer Schülerzahl von 80–100 Kindern. Dieser Latitüde steht die Thatsache entgegen, dass sich für eine Schülerzahl von über 60—70 Kindern überhaupt keine zweckmässigen Schullocale construiren lassen.

Die Privatschulen stehen in allen Cantonen unter staatlicher Oberaufsicht; specielle mehr oder weniger exacte Vorschriften über Locale u. s. w. enthalten die Gesetze und Verordnungen der Cantone Zürich, Bern, Luzern, Zug, Freiburg, Basel-Stadt und Aargau. Leider ist hier die staatliche Controle laxer als gegenüber öffentlichen Schulen und wer etwa glaubt, dass die Gesundheitspflege in den meisten Privatschulen mehr Beachtung finde als in den Staatsschulen, irrt sich ganz gewaltig.

Unser Urtheil über die sanitarischen Einrichtungen in Privatschulen, über Schullocale u. s. w. ist kein günstiges.

Der Turnunterricht für beide Geschlechter ist in Zürich schon auf der Primarschulstufe eingeführt; in Basel wird erst in der Secundarschule und der Töchterschule geturnt. In Luzern ist das Turnen für Mädchen Freifach, wohl auch im Canton St. Gallen.

So viel über die Berücksichtigung der Schulhygieine von Seite des Gesetzgebers. Im Allgemeinen sind diese schulhygieinischen Bestimmungen sehr mangelhaft, oft recht nichtssagend. Es fehlt an der nöthigen Uebersetzung des todten Buchstabens in die lebendige Praxis. Wer soll die Uebersetzung besorgen? Die Schulcommission, welcher eine hygieinische Bildung fehlt; oder die Lehrerschaft, welche in mancher Hinsicht die Befähigung, das richtige Verständniss hiefür nicht besitzt.

Unsere Lehrer sind über die Schulkrankheiten, über die Mittel zur Verhütung derselben nicht genügend aufgeklärt und doch verfügen sie über das herrliche Gut unserer Jugend während der Tageszeit fast frei und uneingeschränkt. Es fehlt uns

hier weniger an Stoff als an Zeit, um über die Behandlung der Hygieine an unsern Lehrerseminarien zu sprechen.

Im Allgemeinen kann man constatiren, dass im letzten Jahrzehnt in schulhygieinischer Hinsicht eine gewisse Stagnation eingetreten ist. Da herrschte Anfangs der 60er Jahre ein anderes Leben. Einige wenige Arbeiten der Pfarrer *Christinger* und *Becker*, der Aerzte *Guillaume*, *Fahrner* u. s. w. und der Turner *Niggeler* und *Zürcher* waren mit mächtigem Erfolge begleitet.

Seit Mitte der 70er Jahre beklagen wir einen gewissen Stillstand, wie aus Dr. *Fankhauser*'s trefflicher Arbeit „über Schulgesundheitspflege" hervorgeht und wir Aerzte haben hohe Zeit uns aufzuraffen, wenn wir die grossen Lücken, die wir durch unsere Unthätigkeit offen gelassen, wieder ausfüllen wollen. Es wäre tief zu beklagen, wenn uns die Erziehung unserer Jugend nicht mehr zu Herzen gehen würde.

IV.

Namentlich sind es die Zustände an den Kleinkinderschulen, welche unsere ernste Aufmerksamkeit erfordern.

In einigen Cantonen bilden sie factisch die untern Classen der Volksschulen. In Genf sind sie sogar obligatorisch und im Canton Waadt werden die Kinder oft genug von der gleichen Lehrerin vom 3., 4. bis 10.—12. Jahr unterrichtet. Allerdings bestehen in beiden Cantonen gesetzliche Vorschriften über Kleinkinderschulen, welche aber nicht genügen; ähnliche Vorschriften bestehen noch in Tessin, Aargau.

Die Verbreitung, welche die sogenannten Kindergärten genommen haben, sind so recht der Ausdruck socialer Nothlage.

Schon im Jahr 1883 zählte man über 400 solcher Institute, in welchen Kinder vom 2., 3., 4. bis 6.—7. Jahr unterrichtet werden.

Die „sogenannte Unterrichtszeit" per Tag schwankt zwischen 3—6 Stunden (Zürich, Bern, Basel bis 6 Stunden).

Die jährliche Schulzeit beträgt durchschnittlich 40 Wochen (in Zürich bis 43 Wochen).

In den meisten Cantonen herrscht vollständige Freiheit bezüglich Localen und Organisation im Allgemeinen. Wie mag es wohl überall mit der Gesundheitspflege bestellt sein? Genügen die Locale in Bezug auf Raum, Beleuchtung, Luft und Bestuhlung? Welchen Antheil übernehmen diese Kleinkinderschulen von den sogenannten Schulkrankheiten späterer Jahre? Ist hier nicht eine staatliche, sanitarische Controlle dringend nöthig? Und kann diese Aufsicht durch gebildete Laien erfolgen?

Wenn wir an die Reorganisation des schweiz. Volksschulwesens denken, drängen sich diese Fragen ernsthaft auf; denn es kann der Volksschule nicht gleichgültig sein, in welchem körperlichen und geistigen Zustand die Kinder in die erste Primarclasse eintreten. Der St. Galler Entwurf beschäftigt sich denn auch mit der staatlichen Oberaufsicht der Kleinkinderschulen.

Je mehr sich ein Arzt mit dem Studium der Verhältnisse an Kleinkinder-

schulen beschäftigt, desto mehr kommt er zur Ueberzeugung, dass das Gute, das sie stiften, vielleicht doch durch das Nachtheilige, das sie im Gefolge haben, aufgehoben wird. Wir vergessen das Bild der Kindergartenausstellung anlässlich der schweiz. Landesausstellung nicht mehr. Die dort ausgestellten Arbeiten verlangten von den Kindern oft eine höchst einseitige, lang andauernde, einförmige Beschäftigung und wir dachten unwillkürlich an die Kleinen, welche bei diesen Arbeiten nach mannigfaltiger Hinsicht Nachtheile davon tragen mussten. Es konnte namentlich Niemandem entgehen, welche Anforderung diese Arbeiten an die Geduld der Kinder, an die Sinnesorgane derselben (namentlich der Augen) stellten.

Die Kindergärten Fröbels haben eine seltsame Entwicklung durchgemacht und die anerkennenswerthen Leistungen der schweiz. Kindergartenvereine werden nicht im Stande sein, den Gang der Verhältnisse zu stören. Aus den Fröbel-Kindergärten sind Kleinkinderschulen geworden. Und wirken da immer patentirte Kleinkinderlehrerinnen, welche die Fähigkeit besitzen, die Kleinen naturgemäss zu leiten, zu überwachen? O nein! Die meisten Kinderlehrerinnen bestehen nur kurze Curse, in welchen nicht einmal das Dringendste zur Behandlung kommen kann. Wohl gibt es Ausnahmen, aber wer wollte mit denselben rechnen. Die meisten „Kinderlehrerinnen“ sind „Kindermädchen“ im eigentlichen Sinne des Wortes, denen nun die Aufgabe zukommt, das kindliche Gemüth zu erfassen und die geistigen Kräfte der Kleinen zu stärken.

Es ist allerdings schlimm, wenn der nicht schulpflichtigen Jugend die Mutterliebe mangelt, wenn sie ohne Ueberwachung umherschlendert; aber es ist doch auch recht traurig, wenn diesen Kleinen die glückliche Freiheit fehlt und wenn sie innerhalb 4 Mauern nach einer oft recht eigenthümlichen, militärischen Weise „abgerichtet“ werden.

Man spricht von dem schönen Kinderfrühling, welcher den ärmsten Kleinen in den Kindergärten blühe; aber es ist recht fraglich, ob dasjenige, was man den Frühling nennt, nicht oft einem rauhen, Reif und Nebel bildenden Herbste gleicht!

Ein grosser Pädagoge sagt: „Mit dem 4. Jahr ist das Schicksal der Erziehung besiegelt.“

Anspielend an dieses Citat könnte man vielleicht sagen:

Die Gefahr, dass die Kinder in vielen Kleinkinderschulen schon mit 4 Jahren verpfuscht sind, ist eine sehr grosse zu nennen.

Wie unendlich gross ist da nicht das uncultivirte Gebiet der Hygieine! Wie nothwendig ist da nicht eine staatliche Controle, welche den Kindern das nöthige Maass von Freiheit rettet und dieselben vor körperlicher und geistiger Schädigung, vor allzu schädlichem Zwang behütet! Wie bedauernswerth wäre eine Revision des Volksschulwesens ohne Berücksichtigung dieser wichtigen Verhältnisse, wenn man bedenkt, dass die geschilderten Institute heute schon von über 30,000 Kindern besucht werden.

Ist unter solchen Verhältnissen eine staatliche Oberaufsicht nicht dringend nöthig?

V.

Eine grosse Classe Armer sollen wir nicht vergessen:

Die Tauben, Blinden und Schwachsinnigen. Nach der eidgenössischen Schulstatistik vom Jahr 1883 dürfen wir in der Schweiz ca. 10,000 schwachsinnige Kinder rechnen, von denen etwa 30% die gewöhnliche Schule zu ihrem oder anderer Kinder Schaden während längerer oder kürzerer Zeit besucht haben.

Während wir in den Cantonen Zürich, Obwalden, Basel-Stadt, Baselland, Thurgau, Neuenburg, Genf nur eine geringe Zahl, bis 2%, schwachsinnige und auffallend gering begabte Kinder treffen, steigt dieselbe in den Cantonen Aargau und Wallis auf 5—13% der gesammten Kinder- resp. Schülerzahl.

Was lehren diese Zahlen?

Sie illustriren die Nothwendigkeit staatlicher Fürsorge, sowohl im Interesse der geistig normalen, als auch der geistig schwachen Kinder.

Diese bedauernswerthen Resultate zeigen uns, dass in der Schweiz mancherorts sehr schlimme Verhältnisse existiren und ein Studium derselben nach Gemeinden oder Kreisen erweckt die Ueberzeugung, dass ein Erziehungsgesetz mit diesen Verhältnissen nothwendiger Weise zu rechnen hat.

Diese hohen Zahlen geistig schwacher Kinder weisen auch auf eine Abnahme der allgemeinen körperlichen Gesundheit in vielen Gegenden unseres Landes hin. Hand in Hand mit der körperlichen Degeneration geht die geistige Entartung (Kropf im Wallis; siehe Dr. *Bircher*'s Arbeiten).

VI.

Zum Schlusse nur noch wenige Bemerkungen über

zwei Volksschulgesetzentwürfe aus den Cantonen St. Gallen und Zürich.

Wir können der Versuchung, dieselben ein bischen zu kritisiren, nicht widerstehen.

Nur in wenigen Cantonen ist „die Pflege der körperlichen Entwicklung der Schuljugend“ in der Bestimmung des Schulzweckes aufgenommen.

Einzig die Cantone Bern, Nidwalden, Schaffhausen bezeichnen die gleichmässige Entwicklung von Geist und Körper als eigentlichen Schulzweck. Da nun einmal der Körper vom Geist nicht mehr zu trennen ist; da eine normale Geistesbildung nur durch gleichzeitige Berücksichtigung der körperlichen Entwicklung möglich ist, steht es einem Volksschulgesetz ganz wohl an, nicht nur die Heranbildung zu „geistig thätigen“ (Zürich) Menschen, sondern auch die „körperliche Entwicklung“ derselben zu betonen.

Sehr anerkennenswerth billigt der St. Galler Entwurf im Princip das wichtigste hygieinische Postulat: „die Berechtigung einer gewissen ärztlichen Controlle.“ Wir leben in einer Zeit, wo in schulhygieinischen Kreisen (an allen hygieinischen Congressen der letzten Jahre) über die Nothwendigkeit einer Mitwirkung durch Aerzte bei Schulinspectionen nur eine Stimme herrscht.

Nachdem sich das System der sogenannten Schulärzte in der Schweiz (Basel, Lausanne und zum Theil in Zug) auch practisch bewährte und mit verhältniss-

mässig geringen Kosten durchführen liess (zum grossen Nutzen der Schüler und der Lehrerschaft), darf man von jedem neuen Volksschulgesetz verlangen, dass es wenigstens principiell die Organisation der Schularztstellen festsetze.

Während der St. Galler Entwurf diesem Postulat der Hygieine Rechnung trägt, ignorirt die zürcher. Vorlage dasselbe vollständig.

In St. Gallen verlangt man das 7. Altersjahr für den Schuleintritt. Ueber die Berechtigung dieser Forderung müssen wir keine Worte verlieren. Hier herrscht zwischen hervorragenden Pädagogen und Aerzten Uebereinstimmung. Da uns keine Beispiele bekannt sind, dass sich die Zürcher Jugend auffallend schnell entwickelt, müssen wir die Bestimmung des zürch. Entwurfes (Schuleintritt mit 6 Jahren) tief beklagen.

Die obligatorische Ernährung armer Schulkinder zwischen den Vor- und Nachmittagsunterrichtsstunden, sowie deren Kleidung wird von der St. Galler Vorlage gefordert. Einem zürcher. Schulgesetz würden solche Bestimmungen ganz wohl anstehen.

In St. Gallen will man die staatliche Controlle der Kindergärten, den Handfertigungsunterricht, Einrichtung von Schulgärten im neuen Schulgesetz berücksichtigen. Um so auffallender ist es, dass der zürcher. Gesetzesentwurf sich mit den Kleinkinderschulen nicht befassen will. Die Beziehungen derselben zu den Primarschulen sind aber so innige, dass ein neues Schulgesetz auch die Kleinkinderschulen betreffen m u s s. Gegenwärtig ist denn auch die Controlle derselben im Canton Zürich eine in jeder Beziehung ungenügende.

In St. Gallen anerkennt man es, dass das Maximum der Schülerzahl 60—70 nicht übersteigen sollte; in Zürich gewährt die neue Vorlage mehr Freiheiten.

Wir könnten diese Parallele noch lange fortführen; sie würde immer zu Ungunsten des zürch. Entwurfes ausfallen.

In demselben existirt ein einziger § 33, welcher ahnen lässt, dass es am Ende doch noch eine Schulhygieine geben könnte, indem dieser Paragraph bestimmt, dass der Erziehungsrath über Einrichtung, Instandhaltung und Reinigung der Schulhäuser Vorschriften erlassen werde. Man könnte uns einwenden, dass § 13 der cantonalen zürch. Verordnung „betreffend die örtlichen Gesundheitscommissionen“ über Schulhäuser eine gewisse Controlle der Baupläne gestatte! Wenn aber auch diese Bestimmung überall gehandhabt würde, könnte der Einfluss nicht im Entferntesten die Lücken des Gesetzes ausfüllen.

Wir wollen die Thätigkeit des zürch. Erziehungsrathes durchaus nicht bemängeln, aber es will uns scheinen, dass im letzten Jahrzehnt auf schulhygieinischem Gebiete mehr hätte geleistet werden sollen.

Zwar besteht im Canton Zürich eine 27 Jahr alte Verordnung über „Erbauung und Einrichtung von Schulhäusern“; allein die Bestimmungen hierüber sind längstens veraltet. Dagegen besitzt die Stadt Zürich eine Schulverordnung vom Jahr 1887, welche einige treffliche Bestimmungen über Gesundheitspflege enthält.

Auf dem Lande draussen liegt noch Vieles in den „Windeln“ und all' das Rühmliche, das geschehen ist, verdankt man meistens der Privatinitiative der Localschulcommissionen (und ärztlichen Mitgliedern derselben).

Man hat diese Mängel in maassgebenden Kreisen zwar längstens gefühlt und es ist ein hauptsächliches Verdienst Prof. *Horner*'s sel., dass er die überlebten Verordnungen über Schulhausbauten und dergleichen betonte.

Allein ein von ihm und andern Collegen und Schulfreunden ausgearbeiteter Entwurf vom Jahr 1883 ist heute noch Entwurf geblieben.

Unter solchen Verhältnissen lässt sich der Gedanke, es möchten sich die Lücken eines neuen Volksschulgesetzes nur schwer durch allgemein verbindliche Verordnungen ausfüllen lassen, nicht unterdrücken und man wird gut thun, schon im Grundgesetz gewisse Minimalforderungen der Hygieine zu verwirklichen suchen.

Wir bedauern, dass sich der neue zürch. Volksschulgesetzesentwurf in hygieinischer Hinsicht vom alten Schulgesetz vom Jahre 1859 in keinem wesentlichen Punkt unterscheidet.

Unglaublich!

Es will übrigens scheinen, dass die zürch. Vorschläge auch unter abnormen Verhältnissen zu Stande gekommen sind und dass sich ausser Regierungs-, Erziehungsrath und der cantonsräthlichen Commission keine andern Behörden (z. B. Sanitätsrath), keine ärztlichen Vereine ausgesprochen haben.

Vorerst ist zu wünschen, dass doch die ärztlichen Gesellschaften des Cantons Zürich anregend auf dem Gebiete der Schulhygieine wirken und dass sie die vollständige Ignoranz des ärztlichen Standes und seiner Postulate nicht dulden möchten.

In keiner vorberathenden Commission sass ein Arzt und doch gibt es eine Schulhygieine.

Der Canton Zürich stand bisher an der Spitze aller zeitgemässen Bestrebungen auf dem Felde der Jugenderziehung; um so mehr wäre es zu beklagen, wenn bei Reorganisation der Volksschule die schulhygieinischen Postulate nicht berücksichtigt würden.

Und nun, verehrteste Herren Collegen, bitte ich um Entschuldigung, wenn ich stellenweise recht undiplomatisch geworden bin! Es kann uns Aerzten nicht gleichgültig sein, wie mit den 500,000 Kindern, welche die schweizer. Primarschulen besuchen, umgesprungen wird; es kann uns nicht kühl lassen, wenn die einschneidendsten Gesetze, welche die Zukunft ganzer Generationen so erheblich beeinflussen, schlechte Gesetze sind.

Es ist unsere heilige Pflicht, auf dem Gebiete des Schulwesens den Grundsätzen der Hygieine zum Durchbruch zu verhelfen, damit unsere Jugend gedeihe an Körper und Geist. Nicht minder nothwendig ist unser Entschluss, jedes Gesetz, welches die Forderungen der Hygieine ignorirt, zu bekämpfen und für dessen Verwerfung zu arbeiten.



Vereinsberichte.

Cantonal-ärztliche Gesellschaft des Cantons Aargau.

Am 23. Januar versammelte sich die cantonal-ärztliche Gesellschaft zu ihrer ordentlichen Jahresversammlung in der neuen Krankenanstalt in Aarau. Die Betheiligung war, die nordwestlichen und nördlichen Bezirke ausgenommen, eine rege, 28 Mann stark ohne das Anstaltspersonal.

Die HH. Oberärzte *Bircher* und *Kalt* hielten Vorträge und Demonstrationen auf ihren Abtheilungen. Der erstere sprach auf der chirurgischen auf Grundlage von 20 von ihm operirten Fällen über **Castration bei Frauen,** über Indication, Prognose, Operationsmethode und Erfolg der Operation. Daran schloss sich die Demonstration von exstirpirten Ovarien und von drei noch anwesenden Reconvalescenten. Da die Details hierüber im Anstaltsjahresbericht veröffentlicht werden sollen, so kann ich diesbezüglich auf denselben verweisen. Auf derselben Abtheilung wurden von Hrn. *Zürcher* einige im letzten Halbjahr in der Anstalt **enucleirte Bulbi** vorgewiesen, von welchen insbesondere einer mit Melanosarcoma Chorioideae als schönes und seltenes Präparat Erwähnung verdient.

Auf der innern Abtheilung führte Hr. *Kalt* einen Fall von **tuberculösem Hirntumor** mit den äussern Erscheinungen einer Facialis- und Abducens-Lähmung vor mit zugleich bestehender Lungeninfiltration und nachgewiesenen Tuberkel-Bacillen. Im Weitern wurden **Typhusbacillen** in hängenden Tropfen demonstrirt, die im Abtheilungslaboratorium aus Typhusstühlen auf Kartoffeln gezüchtet worden waren. Schliesslich wurden die Reactionen auf den **Salzsäuregehalt** des Magens in Fällen von Carcinoma ventriculi und Dilatatio ventriculi vorgewiesen und die Aufhebung oder Beschränkung desselben bei Carcinom festgestellt.

Zwischen die Demonstrationen auf beiden Abtheilungen war eine Pause mit Frühschoppen in der Lingerie eingeschoben worden, der auf anerkennenswerthe Ordination des Vorsitzenden der Gesellschaft gereicht wurde. Das Mittagessen fand im Gasthof zum „Ochsen“ statt, wo Hr. Director *Schaufelbüel* den HH. Oberärzten ihre Vorträge verdankte und der Vorstand mit Ausnahme des eine Wiederwahl ablehnenden Hrn. Dr. *Isler* für eine weitere Jahresdauer gewählt wurde. Es besteht derselbe nunmehr aus den HH. *Schaufelbüel*, *Kalt* und *Müller* von Lenzburg (letzterer neu als Actuar). — Mehrere Tischreden würzten das Mahl, wovon eine mit dem Motto „essen und vergessen“ die Signatur des Tages zu bezeichnen schien. *Zürcher.*

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

Fünfte Sitzung im Wintersemester 1887/88, Dienstag den 10. Januar, Abends 8 Uhr, im Casino.[1])

Präsident: Dr. *Schaerer.* — Actuar: Dr. *Dumont.*

Anwesend 25 Mitglieder und 2 Gäste.

1. Dr. *de Giacomi* spricht **„Ueber die Behandlung der Lungentuberculose mit Fluorwasserstoff** nach *Seiler* und *Garcin.*“

Obwohl die in den letzten Jahren angepriesenen Behandlungsmethoden gegen die Lungentuberculose nur Enttäuschungen gebracht haben, so bleibt es bei unserer Hülflosigkeit gegenüber dieser Krankheit doch unsere Pflicht, jedes neue Mittel in objectiver Weise wieder zu prüfen, insofern es einige Berechtigung dazu in sich trägt. Diese Berechtigung scheint bei dem Fluorwasserstoff vorzuliegen. Nach den Versuchen, die in Frankreich angestellt wurden, hat sich der Fluorwasserstoff als wirksames Antisepticum herausgestellt und speciell die Wirksamkeit gegen den Tuberkelbacillus ist an Tuberkel-

---

[1]) Erhalten den 26. Januar 1888. Redaction.

bacillenculturen direct nachgewiesen worden. Wir haben also ein Mittel vor uns, das gegen die Tuberculose wirken kann, es liegt wenigstens die Möglichkeit vor. Diese Annahme ist um so mehr berechtigt, als die Natur des Mittels es gestattet, dasselbe direct auf die erkrankten Lungentheile einwirken zu lassen.

Seiler und *Garcin* wurden auf dieses Mittel aufmerksam durch die Beobachtung, dass Lungenkranke in Werkstätten, wo Fluorwasserstoff verwendet wird, nicht Schaden leiden, sondern sich eher wohler befinden. Sie brachten deswegen die tuberculösen Kranken in kleine Zellen von 6 Cubikmeter Inhalt, welche zuvor mit Fluorwasserstoffgas gesättigt wurden. Die Sättigung der Luft mit Fluorwasserstoff erzielen sie durch den Luftstrom einer Pumpe, welcher über ein Gefäss von Guttapercha streicht, enthaltend eine Mischung von 100 gr. Fluorwasserstoff und 300 gr. Wasser. Die Kranken werden täglich während 1 Stunde diesen Inhalationen ausgesetzt.

Referent modificirte das Verfahren für seine Controlversuche in der Weise, dass er die oben erwähnte Mischung einfach in einer offenen Bleischaale mittelst Spirituslampe erwärmte. Man erhalte dadurch eine gleichmässige und continuirliche Entwicklung von Fluorwasserstoffdämpfen, welche durch stärkeres oder schwächeres Erwärmen nach Wunsch regulirt werden können. Die Kranken sitzen um diese Schaale herum, die toleranteren näher, die empfindlicheren entfernter. Dieses einfachere Verfahren scheine keine Nachtheile gegenüber dem andern zu haben, sondern besitze eher den Vorzug, dass man damit gleichzeitig Kranke von verschiedener Empfindlichkeit im gleichen Raume den Inhalationen aussetzen könne.

Der Erfolg, den *Seiler* und *Garcin* mit dieser Behandlung erzielten, ist nach ihren Angaben ein ungewöhnlicher. Wenn nur ein kleiner Bruchtheil davon sich bewähre, so hätten die tuberculösen Kranken alle Veranlassung, ihnen dankbar zu sein. Unter 100 Kranken beobachteten sie 35 Heilungen, 41 wurden mehr oder weniger gebessert, 14 blieben ungebessert, 10 starben. Nach ihren Angaben nehmen in den günstigen Fällen die Hauptbeschwerden sehr rasch ab: der Appetitmangel, die Schlaflosigkeit, das Fieber, die Nachtschweisse, die Athemnoth der Kranken bessern sich, der Auswurf wird flüssiger und spärlicher, die Tuberkelbacillen vermindern sich und verschwinden schliesslich.

Referent war bei seinen Controlversuchen nicht so glücklich. Bei 6 von 8 Fällen, die er zu beobachten Gelegenheit hatte, war der Erfolg null. Der siebente zeigte eine vorübergehende Besserung des Appetits und der Athemnoth. Der achte Fall schliesslich erfuhr von dem ersten Tage der Anwendung des Fluorwasserstoffs an eine auffällige Besserung aller Symptome. Dieser Fall lasse jedoch die Deutung zu, dass diese Aenderung des Krankheitsverlaufes vielleicht auch ohne Fluorwasserstoff eingetreten wäre.

Obwohl diese Versuche die gehegten Erwartungen nicht erfüllt haben, so hat Referent doch den Eindruck bekommen, dass die Anwendung des Fluorwasserstoffs gegen die Lungentuberculose eine weitere gründliche Prüfung verdiene.

Die Inhalation der Fluorwasserstoffdämpfe ist für den Kranken in keiner Weise unangenehm. Die Manipulation mit der käuflichen Lösung der Fluorwasserstoffsäure erfordere hingegen Vorsicht wegen der heftigen Aetzwirkung auf die Haut. Man müsse sich auch darauf gefasst machen, dass die Fenster allmälig unter der Einwirkung der Fluorwasserstoffdämpfe sich trüben.

In der Discussion bemerkt Dr. *Collon*, dass auch er die besprochene Methode bei zwei Fällen von Tuberculose angewandt habe. Beide Patienten waren hochgradig heruntergekommen, hatten hohes Fieber, so dass der Erfolg bei ihnen kein glänzender war. Dennoch schien es ihm, dass die erwähnten Inhalationen einen günstigen Einfluss auf den Schlaf der Patienten ausübten. Wie bei der *Bergeon*'schen Methode, so wird es auch bei derjenigen von *Seiler* und *Garcin* darauf ankommen, günstige Fälle auswählen zu können.

Dr. *Dubois* hält dafür, dass die in Umlauf gesetzte Temperaturcurve für den Erfolg der Methode nicht beweisend sein könne, insofern, als die Temperatur sofort am ersten Tage nach den Inhalationen sank. Ein so plötzliches Sinken hängt aber hier höchst

wahrscheinlich mit andern Nebenumständen zusammen. Wenn statt einer einzigen, eine Reihe solcher Curven sich vorfände, wäre natürlicherweise die Sache eine andere.

Dr. *Lindt* hält den Fall für um so weniger beweisend, als die Patientin des Vortragenden zu gleicher Zeit mit der Phthise auch an pleuritischem Exsudat litt. Wie das Letztere abnahm, wurde die Patientin wohler. Der Fall ist eben nicht ganz rein. — Andere Patienten mit alleiniger Phthise zeigten keine wesentliche Besserung ihres Zustandes.

Dr. *de Giacomi* ist mit den Vorrednern einverstanden. Die angestellten Versuche sprechen aber auf der andern Seite nicht gegen die vorgetragene Methode, und daher hat man allen Grund, dieselbe weiter zu verfolgen.

2. Dr. *Beck* demonstrirt:

a) **Immisch's Patent-Unfall-Thermometer,**

b) die unter dem Namen „**Alpha-Spritze**" in den Handel gebrachte Irrigationsspritze mit continuirlichem Strahle.

(Beide beschrieben und abgebildet im Novemberheft der „Illustrirten Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik", 1887.)

c. Ein Kopfkissen für Inhalation medicamentöser flüssiger Substanzen in Bettlage **(Oreiller inhalateur)** eines unbekannten französischen Erfinders, das bei der internationalen Verbandstofffabrik in Schaffhausen zu beziehen ist. Das länglich viereckige Rosshaarkissen ist mit zwei kreisrunden, seitlich angebrachten Oeffnungen versehen, in welche die die Medicamente enthaltenden Büchsen amovibel, aber verlässlich und compendiös befestigt eingebracht sind. Die Deckel der Büchsen sind mit radiären Oeffnungen versehen, welche mittelst einer Drehscheibe bequem verschlossen oder geöffnet werden.

Im Anschluss an obenerwähnte Demonstration des *Immisch*'schen Thermometers, zeigt Prof. *Demme* das *Sack*'sche Minuten-Thermometer, welches an der Wiesbadener Ausstellung figurirte und mit dem er sehr wohl zufrieden ist.

Gesellschaft der Aerzte des Cantons Zürich.

Ordentliche Herbstsitzung den 8. November 1887 in Zürich.[1])

Präsident: Prof. Dr. *Goll*. — Actuar: Dr. *Lüning*.

Als Gäste sind anwesend: Hr. Dr. *Ronus* von Basel, Frl. Dr. *Mary Hobart* von Boston.

Das Präsidium eröffnet die Versammlung um 10½ Uhr mit einem kurzen Begrüssungswort an die zahlreich (ca. 90) erschienenen Theilnehmer, in welchem er namentlich die Annahme des Alcoholgesetzes und die Revision des Krankenkassenwesens als wichtige Ereignisse auf dem Gebiete der socialen Medicin berührt.

Eine Anfrage des cantonalen Apothekervereins regt zu einer gemeinschaftlichen Eingabe betr. Revision des Medicinalgesetzes an. Nach Erkundigungen bei der Medicinaldirection ist dieselbe in Aussicht und Bearbeitung; es wird deshalb Nichteintreten beschlossen.

Seit der Frühjahrssitzung hat die Gesellschaft eines ihrer ältesten Mitglieder durch den Tod verloren, Herrn Dr. *Mathiæ* in Wülflingen. Das Präsidium verliest einen von befreundeter Hand verfassten Necrolog des Verstorbenen (vide Corr.-Bl. pag. 701, 1887).

Prof. Dr. *Eichhorst* hält hierauf einen Vortrag: **Ueber moderne Herzmittel** (in extenso in Nr. 2 des Corr.-Bl.).

Discussion darüber:

Dr. *Herm. Müller* beabsichtigt nicht, ein wahrscheinlich doch gutes Mittel zu discreditiren, er will lediglich seine Erfahrungen über die **Tinct. Strophanti** mittheilen. Er hat das Mittel seit Juni bei 15 Patienten fast durchwegs bei Klappenfehlern angewandt und aus seinen Beobachtungen ergibt sich zunächst das Resultat, dass bei 6 Privat-

---

[1]) Erhalten 31. Januar 1888. Red.



patienten das Mittel fast gänzlich wirkungslos blieb, trotzdem die Dosis bis auf 4 Mal 20 Tropfen gesteigert wurde. Nur bei einer hydropischen Kranken mit Ins. Mitral. wirkte die Tinctur pulsverlangsamend, ohne den Exitus verhüten zu können. — Bei den 9 poliklinisch behandelten Kranken, welche das Mittel aus der Spitalapotheke bezogen, war der Erfolg auch nur ein theilweiser, in mehreren Fällen blieb er ganz aus. Bei einem 12jährigen Knaben mit Ins. Mitral. schien das Mittel auf das besonders lästige Asthma card. von überraschender Wirkung zu sein. In den kurzen Notizen, welche zu Protocoll gegeben wurden, heisst es: „Die Anfälle von Beengung sind wie weggeblasen;" aber wenige Tage später erfolgte plötzlich der Exitus. Einen ganz günstigen, dauernden Erfolg hatte das Mittel bei einer 57jährigen Frau mit Stenose der Mitralis, welche schon seit 2 Jahren mit verschiedenen Herzmitteln behandelt wurde. Die Frau hat seit 2 Jahren nie so gute Zeiten gehabt und verspürt ganz besonders Erleichterung von der früher immer und immer wiederkehrenden hochgradigen Dyspnœ. Dieser Fall und die von Prof. *Eichhorst* viel genauer controlirten Beobachtungen ermuntern jedenfalls zu weiteren Versuchen mit Strophantus.

Bezirksarzt *Frey* betont die Wichtigkeit des Alters und der Beschaffenheit der Digitalisblätter für die Beurtheilung ihrer Wirksamkeit. Mehr als 1 Jahr gelagerte Blätter taugen nach seiner Erfahrung nichts mehr.

Prof. *Schär* ist auch der Ansicht, dass die zur Anwendung gelangende Digitalis oft zu lange gelegen ist; es kommt sehr auf die Präparation und Aufbewahrung derselben an; unter günstigen Umständen erhält sich aber die Wirksamkeit sehr lange. Redner spricht ebenfalls der Anwendung der Digitalis in Substanz das Wort, da nicht alle wirksamen Bestandtheile in's Infus übergehen. Bezüglich Strophantus bemerkt er: Strophantin ist nach den neuesten Untersuchungen zweifellos ein Glykosid, nicht ein Alcaloid, wie früher geglaubt wurde. Die eigentlichen Herzgifte sind alle Glykoside, die darunter eingestellten Alcaloide sind keine reinen Herzgifte. Solche Herzgifte im eigentlichen Sinne kommen nur in 4 Pflanzenfamilien vor, nämlich bei den Scrophularieen, Apocyneen, Ranunculaceen und Liliaceen. Er demonstrirt die Strophantus-Samen und -Früchte von einer noch unbekannten Species von der Somali-Küste, nicht Str. hispidus, ferner ein von Dr. *Hans Schinz* aus Südafrika mitgebrachtes Pfeilgift, bereitet aus einer Apocynee (Adenium).

Dr. *Hegner* stellt an den Vortragenden die Frage, was er von der in neuester Zeit hervorgehobenen Wirksamkeit der Soolbäder für die Herztherapie halte.

Prof. *Eichhorst* besitzt darüber einige sehr günstige Erfahrungen. In einem Falle von Mitralklappenfehler nach Gelenkrheumatismus verschwanden nach 2maliger Cur in Nauheim die Erscheinungen so vollständig, dass Pat. in die Lebensversicherung aufgenommen wurde; bei einem 12jährigen Knaben mit Stauungserscheinungen in Folge von Mitral- und Aortenklappenfehlern hatte Nauheim ebenfalls sehr guten Erfolg.

Prof. *Goll* demonstrirt hierauf ein Dynamometer für den Händedruck, von Ullmann, Maschinenconstructeur in Zürich.

Prof. Dr. *Klebs* hält sodann einen Vortrag: Ueber die Entstehung einiger schwerer, in der Gravidität auftretender Krankheitszustände (Eclampsie, Leberatrophie), der durch zahlreiche microscopische Demonstrationen unterstützt wird.

An der Discussion betheiligten sich die Herren Proff. *Frankenhäuser* und *Klebs*.

Prof. Dr. *Krönlein* stellt den Antrag: Zur Beschleunigung der Publication der Sitzungsprotocolle der Gesellschaft ist jeder Vortragende gehalten, binnen 14 Tagen nach der Sitzung ein Autoreferat dem Actuar einzusenden, falls er nicht selbst die Publication besorgen will. Im Falle der Unterlassung erfolgt nur eine kurze Notiz über das besprochene Thema.

Dr. *H. v. Wyss* unterstützt den Antrag und wünscht Ausdehnung des Postulates auch auf längere Voten in der Discussion.

Der Antrag wird mit diesem Zusatze zum Beschluss erhoben.

Dr. *Hegner* erhält sodann das Wort zur Motivirung eines **Antrages betr. Gymnasial-**

reform. Dieselbe lautet: „Die Veranlassung zum heutigen Antrag geben mir die diametral entgegengesetzte Stellung, welche von den Rednern an zwei Versammlungen gebildeter Männer, am Stiftungstage der zürcherischen Hochschule und an der letzten Versammlung des Hochschulvereins einerseits, an der Naturforscherversammlung in Wiesbaden anderseits zur Frage der Gymnasialreform eingenommen worden ist. — Am erstern Ort die Befürwortung der bisherigen Gymnasialprogramme auch in Bezug auf die alten Sprachen, am letztern das entschiedene Verlangen nach Reform im Sinne der Zurückdrängung der alten Sprachen und grösserer Berücksichtigung der deutschen und der übrigen modernen Sprachen sowie der Naturwissenschaften und Physik.

Hiezu kommt, dass die Gymnasialfrage durch die vor unsern Räthen liegende Neugestaltung des Mittelschulwesens zu einer Tagesfrage geworden ist.

Die grosse Differenz der Ansichten unter Männern von Bildung über den Werth des bisherigen Gymnasiallehrplans ist eine auffallende Erscheinung. In beiden Lagern, sowohl für Beibehaltung des bisherigen Planes, wie für Reform, finden wir Männer von bestem Klange, denen wir die grösste Hochachtung zollen, bei den erstern unter Andern unsern hochverehrten Rector, Herr Prof. *Krönlein*, auf der andern Seite den vielgenannten Votanten an der Naturforscherversammlung in Wiesbaden, Prof. *Preyer*, ferner, soweit mir bekannt, auch *Esmarch* und *Virchow*.

Der Widerstreit erklärt sich zum Theil aus der Verschiedenheit der Gymnasialprogramme und der Bedeutung der Maturität in Deutschland und in der Schweiz.

In Deutschland ist ein Maturitätszeugniss von einem humanistischen Gymnasium nicht blos für das Studium der Medicin unentbehrlich, sondern es ist auch die Conditio sine qua non zur Erlangung aller höhern Staatsämter, sowohl im Justiz- als administrativen Gebiet. In unsern obersten Landesbehörden sitzen dagegen Männer, welche niemals ein Gymnasium besucht haben und denen trotzdem Niemand allgemeine Bildung und weiten Blick absprechen wird.

Hiezu kommt, dass an den deutschen Gymnasien das Programm ein viel einseitiger sprachliches ist. Bei uns ist das Griechische facultativ, zudem kommen auf unsern Gymnasien in $6^1/_2$ Jahrescursen auf im Ganzen 207 wöchentliche Stunden 83 Stunden im Latein und Griechisch, 23 Stunden deutsch, 23 Stunden mathematische Fächer, 14 Stunden Naturwissenschaft, Physik und Chemie. In Württemberg dagegen fallen in 9 Jahrescursen auf im Ganzen 282 wöchentliche Stunden 144 Stunden Latein und Griechisch, 26 Stunden Deutsch, 36 Stunden mathematische Fächer (Rechnen inbegriffen) und 9 Stunden Naturwissenschaften und Physik und zwar 2 Stunden Physik in 9 Jahren! dagegen 144 Stunden, also mehr als die Hälfte der ganzen Unterrichtszeit, todte Sprachen! — Das erklärt die immer wachsende Opposition gegen die dortigen Schulprogramme und das Verlangen nach Reform. *Virchow* soll sich auch geäussert haben, dass er mit einem schweizerischen, speciell dem Berner Gymnasialprogramm, sich ganz wohl befriedigt erklären könnte.

Aber auch bei uns dürfen wir fragen, ob nicht den alten Sprachen immer noch ein zu grosses Uebergewicht eingeräumt wird gegenüber dem Unterricht in modernen Sprachen und deren Literatur, ganz besonders im Deutschen und in den naturwissenschaftlichen Fächern.

Es wird, speciell für den Mediciner, auf den durch die Kenntniss des Lateinischen und Griechischen erworbenen Vortheil der Etymologie unserer zahlreichen technischen Ausdrücke aufmerksam gemacht; aber dieser Vortheil ist theuer erkauft und ist schliesslich nicht so maassgebend.

Man rühmt den grammatikalischen Uebungen in den alten Sprachen die formale Bedeutung im Allgemeinen, besonders für die Erlernung der modernen romanischen Sprachen und die Disciplin des Denkens nach; der formale Vortheil für die neueren Sprachen ist mit der auf Erlernung des Lateinischen verwendeten Zeit viel zu theuer erkauft; denn in derselben Zeit kann man drei moderne Sprachen gründlich lernen und die Disciplin des Denkens wird doch wohl durch die deutsche Syntax oder durch mathematische und physicalische Aufgaben kaum weniger geübt.

Und in der Behauptung, die Classiker allein bilden die ideale Denkungsart, liegt eine Versündigung gegen die deutsche Sprache und Literatur und gegen die Werke unserer besten Dichter, eines Göthe, Schiller, Lessing, in denen sich ebenso viele Goldkörner der Weisheit und der Idealität finden, wie in den Werken der Alten, in einem Cicero und Livius.

Um den Geist und die Weisheit der Alten zu erfassen, ist die Kenntniss des Originals nicht nothwendig. Es stünde schlimm um die Christenheit, wenn die hohen Lehren des Christenthums nur von Denen richtig erfasst würden, welche das neue Testament im Urtext gelesen haben. Und haben Sie nicht selbst diejenigen Gesänge der Iliade, Odyssee, welche Sie in der guten Vossischen Uebersetzung gelesen haben, mit derselben Begeisterung aufgenommen, wie die, welche Sie mühsam, das Lexicon zur Linken, aus dem Original übersetzt haben? Und trifft das nicht auch bei Shakespeares Dramen zu?

Mit alledem fällt auch der immer und immer wieder gehörte Vorwurf dahin, dass zum Wesen der allgemeinen Bildung die Kenntniss der alten Sprachen unerlässlich sei. Das war so im Mittelalter und bis in den Anfang des 18. Jahrhunderts. Damals war das Lateinische die Universalsprache der ganzen gebildeten Welt, und das hatte seine eminenten Vortheile. Aber das sind vergangene Zeiten, die Sie nicht mehr zurückrufen können, selbst wenn Sie es wollten; es ist auch nicht mehr nothwendig, seitdem die tausendköpfige Presse jedes bedeutende Erzeugniss sofort in alle modernen Sprachen übersetzt, und seitdem jeder Gebildete je länger je mehr mehrere moderne Sprachen kennen muss.

Was ist überhaupt allgemeine Bildung? Unter allgemeiner Bildung oder Vorbildung, soweit sie auf den sogen. Mittelschulen, als Uebungsstadium zu einem Fachstudium auf der Hochschule erworben werden kann und soll, verstehe ich denjenigen Grad von Kenntnissen, der den Träger befähigt, als auf einer guten Grundlage fussend ein specielles Gebiet des Wissens mit Verständniss zu cultiviren, und das ihm zugleich ein Verständniss ermöglicht für die Cultur der Gegenwart im weitesten Sinne. Das Letztere ist nun freilich nicht mehr ein Attribut der allgemeinen Vorbildung, sondern der allgemeinen Bildung überhaupt; diese wird erst im Leben erworben und ihre Aneignung ist nur noch wenigen ganz Bevorzugten möglich, denn dazu ist neben angeborenem Talent und Scharfsinn ein rastloser Fleiss unentbehrlich.

Wenn Sie aber diese Definition der allgemeinen Vorbildung einigermaassen adoptiren, welchem Abiturienten, gleiche Anlagen vorausgesetzt, werden Sie dieses Attribut zuerkennen, demjenigen, der fertig Lateinisch und Griechisch übersetzt, die Classiker seiner Muttersprache nothdürftig kennt und diese selbst mittelmässig spricht und schreibt, daneben fast keinen Hochschein hat von den unsere Zeit regierenden Gewalten, den Naturwissenschaften und der Physik; oder demjenigen, der weder Latein noch Griechisch versteht, dagegen in seiner Muttersprache sich gewandt, klar und formrichtig schriftlich und mündlich ausdrückt, die Geisteswerke der besten deutschen Classiker kennt, einige moderne Sprachen ohne Schwierigkeit liest und daneben ein Verständniss besitzt für die Grundzüge der Naturwissenschaften und die Gesetze der Physik. — Sie werden nicht lange schwanken in der Wahl. Auch die ideale Gesinnung der Jugend erleidet durch die Bevorzugung der letztern Richtung keinen Abbruch. Im Gegentheil! Die Naturwissenschaften eröffnen ihm eine Ahnung von der Grösse und Schönheit der Schöpfung und die Physik weckt das Verständniss für die Gesetzmässigkeit alles Seins; unter beiden Anschauungen leidet der ideale Sinn nicht.

Nun könnte man freilich die alten Sprachen an den Gymnasien in ihrem Rechte bestehen lassen, wenn sie nicht, wie schon angedeutet, wichtigeren und nothwendigeren Disciplinen den Platz versperrten. — Denn vermehren lässt sich der Unterrichtsstoff nicht, es ist so schon des Guten mehr als genug und die körperliche Erziehung wird an unsern Gymnasien jetzt schon viel zu stiefmütterlich behandelt und trägt dem Rechte nach harmonischer Entwicklung des ganzen Wesens des zukünftigen Mannes zu wenig Rechnung.

Wenn also Neues in den Stundenplan eingefügt werden soll, so muss Altes Platz machen.

Es liegt jedoch nicht in meiner Aufgabe, Vorschläge zu machen. Meine Absicht war vielmehr blos, die Frage aufzuwerfen, und kurz zu beleuchten, ob nicht der gegenwärtige Zustand unserer Gymnasien noch einige Lücken aufweise, deren Ausfüllung im Interesse einer allseitigen Gymnasialbildung liegt.

Wie Sie in Ihrer Mehrheit über die Sache denken, ist mir unbekannt; dass eine Anzahl Aerzte meine Anschauungen theilen, weiss ich; dass auch die gegentheilige Ansicht ihre Vertreter in den berufensten Kreisen hat, ist Ihnen bekannt. Es will mir daher scheinen, es stehe gerade, Angesichts der Reform des Mittelschulwesens in unserm Canton, dem Collegium der Aerzte ganz wohl an, auch in seinem Kreise die Gymnasialfrage in eine allseitige, sachliche, wohl vorbereitete Berathung zu ziehen und wenn Sie es für opportun erachten, allenfalls Ihre Wünsche an competenter Stelle vorzubringen.

Dass Sie Alle, als Männer von Bildung, zur Prüfung dieser Frage berechtigt und competent sind, habe ich schon nachgewiesen; dass allfällige Voten aus Ihrem Schooss an maassgebender Stelle nicht ignorirt würden, glaube ich als sicher annehmen zu dürfen.

Ich erlaube mir deshalb den Antrag zu stellen:

Es sei die Frage über eine eventuelle Reform des Lehrplans an den cantonalen Gymnasien als erstes Tractandum für die nächste Frühjahrssitzung aufzunehmen, und es sei der Vorstand beauftragt, Referenten zu bezeichnen und deren Thesen den Mitgliedern unserer Gesellschaft rechtzeitig zur Kenntniss zu bringen.

Rector Prof. *Krönlein* begrüsst den Antrag als einen gewiss zeitgemässen, wünscht aber dringend, dass eine eingehende Discussion der sehr schwierigen und umfangreiche Vorstudien verlangenden Materie für die Gesellschaft durch ein wohlvorbereitetes Referat, event. Correferat eingeleitet und dieselbe dadurch erspriesslich gemacht werde; die Gefahr liegt bei diesen Fragen sonst sehr nahe, dass man nicht aus den blossen Phrasen herauskommt. Ueber die einzelnen Deductionen des Vorredners will sich Prof. *K.* deshalb hier nicht äussern; er betont aber, dass auch die Philologen, soweit Aeusserungen in der Sache vorliegen, eine Reform der Gymnasien wünschen; es handelt sich nur um das Wie? d. h. positive Vorschläge. Von Interesse ist, dass bei einer Enquête in Preussen sämmtliche medicinische Facultäten bis auf 2 sich für die Reform auf classischem Boden ausgesprochen haben.

Nach weiteren, die Ausführung des Antrages betreffenden Voten von Prof. *Goll* und Dr. *Zehnder* wird derselbe ohne Opposition angenommen und der Vorstand mit den nöthigen Maassnahmen betraut.

Dr. *Ris* in Kloten (muss seine Mittheilungen wegen vorgerückter Zeit abkürzen) demonstrirt:

1) **gefettete Gypsbinden.** Durch das Einfetten des Bindenstoffes wird verhindert, dass der Bindenstoff Wasser aufnehme. Der damit angelegte Verband härtet etwas schneller, trocknet ziemlich schneller und ist bedeutend leichter zu fenstern und aufzuschneiden; soll auch, wie 4 Patienten bisher übereinstimmend je verschiedene Male angegeben haben, wärmer halten, als gewöhnlicher Gypsverband, welchen diese selben Patienten vorher getragen hatten; hat deshalb in folgenden Fällen gefetteten Gypsverband ohne Flanell bezw. ohne Watte angelegt, blos über gefettete Baumwollbinden. Zu haben bei Russenberger in Zürich.

2) **Thermometer** von Usteri-Reinacher, Präcisionswerkstätte in Zürich, bezogen. Scala reicht von — 15 bis + 45, schöne Theilung, bequeme Länge, ovale Glashülse, welche auf dem Tisch nicht rollt; ungemein schnelles Steigen, welches von Anfang an sichtlich ist. Genaue Messung nach 7—10 Minuten; für mindere Genauigkeit kann bei einiger Uebung schon nach 3 Minuten abgelesen werden. Jenenser Normalglas; jedes Instrument trägt eine Prüfungsnummer, für Genauigkeit bürgt wohl der Ruf der Firma Usteri-Reinacher (Nachfolger von And. Goldschmidt, Hottingen), welche die Thermometer prüft. Preis Fr. 5.

Die Thermometer von Pack, sog. Minutenthermometer, steigen wohl noch bedeutend schneller, sind aber für Messung in der Achsel für seine Bequemlichkeit zu kurz; und haben keinen Nullpunkt, indem die Scala erst bei 35° beginnt. Glaubt nun zwar nicht, dass ein practischer Arzt oft sein Thermometer auf den Nullpunkt prüfen wird — aber es verleiht doch ein Gefühl der Sicherheit, dies nöthigenfalls thun zu können und Vortr. ziehe deshalb Usteri's Thermometer vor. Es sind diejenigen, welche diese Firma bisher zu Herstellung von Psychrometern verwendet hat.

3) Vorweisung eines **Fusshalters** im Nebenzimmer. Derselbe ermöglicht auch ungelenken Händen, den Fuss zur Anlegung des Gypsverbandes in bestimmter Lage ruhig zu halten. Beschreibung ohne Abbildung unnütz. (Kann erst vervielfältigt werden, wenn Bestellungen vorliegen.)

Dr. *Rohrer* zieht aus dem oben erwähnten Grunde seinen angekündigten Vortrag zurück.

Wegen Erkrankung des Quästors, Dr. *Kerez*, fällt das Referat über die Blätter für Gesundheitspflege aus; der Präsident ist aber im Falle, über das Unternehmen günstige Auskunft zu geben, da Abonnentenzahl und finanzielle Situation sich gebessert haben. Er schlägt vor, den Vertrag mit dem Redactor, Herrn Dr. *Custer*, zu erneuern. Zustimmung der Versammlung.

Zu einer Discussion führt schliesslich noch die Wahl des Ortes für die nächste Versammlung. Auf Einladung und Antrag von Dr. *Hegner* wird schliesslich Winterthur mit Stimmenmehrheit in Aussicht genommen.

Als Mitglieder sind neu eingetreten die Herren: DDr. *Arthur Hanau* und *Adolf Fick*, Privatdocenten in Zürich, *Heinr. Wehrli* in Neumünster, *Herm. Huber* in Ohringen, *Cappeler* in Zürich.

Während der Versammlung hatte das electro-technische Bureau von A. v. Wurstemberger & Cie. in Zürich in einem Nebenraume eine grössere Collection von electrotherapeutischen und diagnostischen Apparaten, sowie eine Remington'sche Schreibmaschine zur Besichtigung und Prüfung ausgestellt.

Die tractandenreiche Sitzung wird um 2 Uhr geschlossen; daran schloss sich das übliche Festmahl im Hôtel Victoria, an dem sich ca. 45 Mitglieder betheiligten und das einen animirten Verlauf nahm.

Referate und Kritiken.

Jahresberichte von Spitälern und Pflegeanstalten,

die der Redaction im Jahre 1887 zugestellt wurden, sind bereits einzeln in der Bibliographie notirt worden. Im Folgenden heben wir die wichtigsten noch besonders hervor.

24. medic. Bericht über die Thätigkeit des *Jenner*'schen Kinderspitals in Bern, veröffentlicht von Prof. *Demme*. 65 pag.

Die Frequenz vom Jahr 1886 zeigt 318 Patienten der stationären Abtheilung und die enorme Zahl von 4382 poliklinisch behandelten Kindern. Die *Demme*'schen Jahresberichte sind in wissenschaftlichen Kreisen sehr geschätzt, indem der Autor darin die interessantesten Fälle ausführlich beschreibt und mit epikritischen Bemerkungen versieht. Der Bericht stellt so gewissermaassen eine Sammlung kleiner Originalarbeiten dar. Wir finden darin einen Fall von primärer Tuberculose des Herzfleisches, von Hydrocephalus chron. unilateralis (mit Abbildung) u. s. w., ferner therapeutische Excursionen über die Anwendung des Urethan, Salol und Antipyrin in der Kinderheilkunde. —

14. Bericht über das Kinderspital Zürich;

hauptsächlich ein Verwaltungsbericht; die Aerzte bringen nur statistische Angaben. Es wurden 272 Kinder behandelt, über die Poliklinik liegen keine Notizen vor.

Jahresbericht über die chirurgische Abtheilung des Spitals zu Basel, erstattet von Prof. *Socin* und Dr. *Hübscher*. 166 pag.

Der 17. Jahresbericht dieser Stelle. Wir erhalten da ein wahrheitstreues Bild der

Arbeiten und Leistungen dieser chirurgischen Abtheilung, indem alle Erkrankungen und alle Fälle die gleiche Berücksichtigung finden. Gedrängte Auszüge aus den Krankengeschichten orientiren den Leser über den Status, die Behandlung event. die Ausführung der Operation und die dabei befolgte Wundbehandlung, die Heilung mit event. Complicationen und, was das wichtigste ist, über die Endresultate.

Diese Berichte haben eine grosse Verbreitung erlangt, indem sie Dank der genauen Beobachtung und der Fülle des interessanten Materiales halber eine reiche Fundgrube für wissenschaftliche Arbeiten geworden sind.

Vorliegender Bericht über das Jahr 1886 betrifft 757 Kranke mit 22,884 Verpflegungstagen, und 789 poliklinisch behandelte Patienten. Eine Schlusstabelle gibt Rechenschaft über 404 ausgeführte Operationen.

23. Jahresbericht der Augenheilanstalt Basel
von Prof. *Schiess-Gemuseus.* 66 pag.

465 Kranke wurden verpflegt, darunter 71 Privatpatienten. Poliklinisch behandelt wurden 1886 die stattliche Zahl von 1872 Patienten, über die sorgfältige statistische Angaben vorliegen. Bei den klinischen Kranken wurden die interessantesten und lehrreichsten Fälle jeweilen in kurzer Krankengeschichte geschildert und nicht selten höchst bemerkenswerthe allgemeine Angaben über Therapie, oder die Stellung der Erkrankung zu ähnlichen Affectionen u. s. w. beigegeben.

Universitäts-Augenklinik in Bern.
Bericht über die Jahre 1884—1886 von Prof. *Pflüger.*

In den 3 Jahren wurden 1202 Kranke verpflegt und 3201 poliklinisch behandelt. Der Bericht verbreitet sich über die Verhältnisse der neubezogenen Abtheilung im Inselspital (Beilage: ein Situationsplan). Der Autor gibt in diesem Hefte einen erweiterten Abdruck seines an der 58. Naturforscherversammlung in Strassburg gehaltenen Vortrages über: „Erregungen und Miterregungen im Bereiche homonymer Gesichtsfeldbezirke“.

Bericht über die Irrenanstalt Basel 1886. Prof. *Wille.* 81 pag.

Am 29. October 1886 wurde die neue Anstalt bezogen mit 115 Kranken. Der Bericht erstreckt sich über administrative und über sanitarische Verhältnisse, welch' letztere in 12 Tabellen übersichtlich zur Anschauung gebracht sind.

Jahresbericht der bernischen Heil- und Pflegeanstalt Waldau
über 1885 und 1886. Ein vorwiegend administrativer Bericht.

Gesammtbestand der Verpflegten 1885: 452 — 1886 475 Kranke, 46 mussten abgewiesen werden.

Maison de santé de Préfargier. 38me rapport annuel
par Dr. *G. Burckhardt* (1886). 86 pag.

Krankenbestand während 1886 202. Die einzelnen Erkrankungsformen werden besprochen mit kleinen therapeutischen Excursen oder klinischen Bemerkungen illustrirt.

Hôpital cantonal de Genève. Rapport pour l'année 1886.

Hauptsächlich Verwaltungsbericht. Die Maternité zählte 272, die innere 1545, die chirurgische (mit Haut- und Geschlechtskranken) 1176 Kranke mit 241 Operationen. — Kosten der Verpflegung per Mann und Tag Fr. 2. 68 — ungefähr wie in Basel.

6. Jahresbericht der cant. Krankenanstalt Glarus 1886.

Der Spitalarzt Dr. *Fritsche* hatte 468 Kranke in Behandlung. Das chirurgische Material ist vorwiegend, denn es wurden 190 Operationen nothwendig. 1095 Patienten besuchten die poliklinische Sprechstunde.

2. Jahresbericht (p. 1886) der zürcherischen Heilstätte Aegeri.

Ein Comitébericht mit einem Auszug aus dem ärztlichen Bericht von Dr. *Hürlimann.* Es wurden 73 rhachitische und scrophulöse Kinder behandelt, von erstern 75%, von letztern 77% geheilt. Ueber die Behandlung, wobei der Speisezettel die Hauptrolle spielt, wird genau referirt.

Lehrbuch der pathologischen Anatomie.

Von Dr. *Birch-Hirschfeld,* Professor in Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel.
II. Band, specielle pathologische Anatomie.

Die erste Hälfte erschien im Juni 1887 und im October folgte bereits der Schlusstheil des Bandes. Es ist eine „dritte, völlig umgearbeitete Auflage“, die, wir heben dies

mit Vergnügen hervor, trotz des viel reichern Inhaltes bei Berücksichtigung aller wichtigen Fortschritte des letzten Jahrzehntes gegenüber der 1. Auflage von 1877 nicht zugleich eine vermehrte Auflage geworden ist. Dies spricht schon a priori zu Gunsten des Buches — wir danken es dem Autor, der sich die Mühe genommen, den wachsenden Stoff zu concentriren, ihn zu verarbeiten und nicht einfach, wie es so häufig bei neuen Auflagen geschieht, durch Erweiterung der Capitel die Neuerungen und Fortschritte unter Dach bringt. —

Entsprechend seinem Zwecke als Lehrbuch zu dienen, sind dem Text treffliche Holzschnitte beigegeben, was jedenfalls practischer ist als die in der 1. Auflage am Schluss angehefteten Tafeln.

Wie im allgemeinen Theil bei der Aetiologie die Bacterien entsprechend Berücksichtigung gefunden haben, so finden sich auch in diesem speciellen Theile die Forschungsergebnisse der Bacteriologie, insoweit sie der pathologischen Anatomie Neues und Erspriessliches brachten, mit verwerthet.

Die Fülle des Materials, die der pathologischen Anatomie von heute zufällt, wird in übersichtlicher Weise in 10 Abschnitten abgehandelt, in ganz gleicher Weise, wie dies schon in der 1. Auflage geschehen ist. Sehr angenehm ist zu Beginn jedes Capitels — den Unterabtheilungen der Abschnitte — die wichtigsten Literaturquellen verzeichnet zu finden. —

Auf Einzelheiten einzugehen, erlaubt uns der Raum nicht. Wir empfehlen das Buch zu eingehendem Studium, dem Arzte sowohl wie dem Studirenden. *Garrè.*

Anleitung zur Vieh- und Fleischschau.

Von Dr. *Anton Baranski* (Wien und Leipzig, bei Urban & Schwarzenberg, 1887) ist eine bedeutend vermehrte und auch verbesserte 3. Auflage der 1882 erschienenen zweiten des gleichen Buches, was wohl schon an und für sich den Werth der Arbeit documentirt.

Die Geschichte der Vieh- und Fleischschau, mit welcher der Verfasser diesmal sein Handbuch einleitet, bildet eine sehr instructive Bereicherung desselben, woraus wir z. B. mit speciellem Interesse erfahren, dass schon im Jahr 1248 der Bischof Lütolf der Basler Metzgerinnung eine eigene Fleischordnung gegeben hat. Die wissenschaftliche Besprechung der Fleischschau bietet zwar dem Fachmanne nichts Neues und ist sehr oft fast zu kurz und bündig gehalten, dürfte aber für den Nichtfachmann desto leichter verständlich sein; von grösstem Nutzen, auch für den Fachmann, sind hingegen die ausführlich wiedergegebenen Fleischschau-Verordnungen verschiedener Staaten und Städte. Dem Physikatsarzte sowohl als dem Landarzte, der Mangels eines tüchtigen thierärztlichen Fleischschaubeamten wohl hin und wieder in den Fall kommen kann, in Sachen der Fleischschau ein Urtheil abzugeben, wäre die Lectüre des Buches wohl zu empfehlen. Der Preis von Fr. 5. 35 ist leider für eine 3. Auflage etwas hochgestellt, so dass kaum alle Besitzer der 2. Auflage sich entschliessen dürften, der, zwar nicht unwichtigen, Vermehrungen und Verbesserungen wegen den erhöhten Preis zu bezahlen. *Siegmund.*

Die Kunstfehler der Aerzte vor dem Forum der Juristen.

Für Aerzte und Juristen gemeinverständlich dargestellt von *Kühner.*
Frankfurt a. M., Gebr. Knauer, 1886. VI und 155 S.

Wie mit dem Worte Gift, so steht es mit dem „Kunstfehler des Arztes“: eine erschöpfende Definition ist nicht zu geben. Es mag dies besonders daher rühren, dass die medicinische Thätigkeit noch nicht in jeder Hinsicht auf exacten wissenschaftlichen, überall gleichmässig zu Recht anerkannten Grundlagen steht. — Die Kunstfehler sind naturgemäss active oder passive, insofern sie in nicht zweckentsprechendem Handeln oder in Unterlassen des durch die Umstände gebotenen bestehen. Entschuldigungsgründe sind vielfach vorhanden: das allgemein geltende: errare humanum est besteht auch für den Arzt; das Verhalten des Kranken gegenüber den Weisungen des Letztern; äussere Einflüsse, für die derselbe nicht verantwortlich gemacht werden kann. — Es wird im Weitern die Eigenart der Stellung des Arztes, in specie des Gerichtsarztes, aber auch die



des Richters besprochen, eine Eintheilung der Kunstfehler nach dem Gebiete, auf welchem sie zur Geltung kommen, d. h. auf den verschiedenen Gebieten der Heilkunde beigegeben mit einer grössern Anzahl casuistischer Beiträge meist aus der Neuzeit, kritisch beleuchtet und häufig von grossem Interesse. — Wir haben den Eindruck gewonnen, dass namentlich in der Schweiz, wo vielerorts der practische Arzt zugleich Gerichtsarzt ist, für diesen in manchen Fällen das Buch zu einem wahren Rathgeber werden kann und auch seiner grundsätzlichen Haltung wegen als belehrend einer grossen Verbreitung würdig ist.

Trechsel.

Cantonale Correspondenzen.

Genf. Epilepsie. In einem Vortrag über Epilepsie (78. Versammlung der ärztlichen Gesellschaft der Centralschweiz) empfiehlt Herr Dr. *Brun* für die Behandlung der Epilepsie kleine, aber lang fortgesetzte Dosen von Kalium Bromatum. Nach unserer Erfahrung soll die Epilepsie (selbstverständlich die Neurose) mit starken Dosen von Bromures und gleichzeitiger Anwendung von kalten Douchen behandelt werden. Diese Behandlung muss mit zeitweiliger Unterbrechung jahrelang fortgesetzt werden. Man muss hier als Hydrotherapie nur die kalte Brause in Anwendung bringen (18 à 10° C.) und immer von sehr kurzer Dauer (½—1 Minute längstens). Wir verordnen gewöhnlich einen Tag zwei Douchen, den folgenden Tag nur eine u. s. f., oder täglich zwei Douchen, wenn der Kranke, was meistens der Fall ist, keine Ermüdung in Folge der Behandlung empfindet. Die Epileptischen haben in der That eine grosse Toleranz für die Douche. Sie vertragen sie immer gut, und erwarten sie nach einigen Tagen sogar mit Ungeduld. Die Druckkraft der Regendouche muss 3—4 Atmosphären haben. Wir haben ausserdem bemerkt, dass die starken Dosen von Brom besser vertragen werden während der hydropathischen Behandlung als vor derselben. Alle anderen hydrotherapeutischen Methoden (Einwicklungen, Halbbäder, piscines etc.) sind überflüssig und unnütz. Wir empfehlen dringend in Fällen von Epilepsie die Anwendung der Douche, bis jetzt wenig gebraucht und kaum erwähnt in den bekanntesten Schriften über Nervenkrankheiten.

Die polybromures scheinen mir nicht heilsamer als das einfache Brom. Da die Kaliumsalze immer die Möglichkeit einer schlechten Wirkung auf das Herz haben können, so gebrauche ich nur noch Natrium Bromatum (4 à 10 grm. pro die, ½ Stunde nach dem Essen zu nehmen).

Die Electricität, welche wir in sechs Fällen angewendet haben, hat uns nicht die Resultate gegeben, auf die wir gerechnet hatten, obgleich wir sie so rationell als möglich, wenigstens theoretisch, angewendet haben. Wir haben nach *Erb*, *Ziemssen*, *Althaus* etc. die positive Galvanisation der Medulla oblongata angewendet (Anode am Nacken, Kathode am plexus solaris), sowie auch die directe Electrisirung des Gehirns: Galvanisation des Kopfes, grosse Electrode an den Schläfen, und schwacher Strom von der Stirne nach dem Nacken. Endlich Anode an den Schläfen, und Kathode am Nacken auf der entgegengesetzten Seite der Anode, um die grossen Hemisphären, die motorischen Regionen und die Medulla oblongata zu electrisiren.

Vergl. hierüber meine Arbeit in der „Revue médicale de la Suisse romande“ 15. April 1886.

Champel bei Genf. Dr. *P. Glatz.*

Thurgau. Drei Fälle seltener Muskelerkrankung. a. Muskelpseudohypertrophie — 2 Fälle; b. juvenile progressive Muskelatrophie — 1 Fall. Von Dr. *Böhi* in Erlen. (Schluss.)

2. Pseudomuskelhypertrophie. Robert H. von Rorschach, vorübergehend in Sulgen, wo ich ihn zu beobachten Gelegenheit hatte, ist ein intelligenter Knabe von 13 Jahren. Mit Ausnahme der Masern machte er keine Kinderkrankheiten durch und war überhaupt, das gegenwärtige Leiden abgerechnet, stets gesund. Mit ⁵/₄ Jahren machte

er die ersten Gehversuche und erlernte das Gehen ohne Mühe, doch soll seine Gangart immer etwas Schwerfälliges gehabt haben. Seine Mutter bezeichnet dieselbe als wiegend. Diese Gehweise blieb ihm eigen; am besten soll er mit 5 und 6 Jahren gegangen sein. Dann wurde das Gehen auffallender, mehr schaukelnd und watschelnd. In den letzten 2 Jahren zeigte sich eine rasch zunehmende Schwäche in den Beinen, so zwar, dass er jetzt ohne Ruhepause nicht 5 Minuten zu gehen im Stande ist, während er früher 2 Stunden Weges zurücklegte. Früher ging er noch ziemlich rasch, doch konnte er mit seinen Altersgenossen nicht concurriren; später fing er an zu straucheln, wenn er eine raschere Gangart einschlagen wollte. Jetzt tritt schnell Ermüdung ein; will er sich noch mehr anstrengen, so fällt er oft plötzlich in die Kniee und zu Boden, wobei er mitunter ein leichtes Zucken in den Kniekehlen verspüren will. Sonst sind ihm Zuckungen oder andere Sensationen fremd. Die Handfertigkeit ist ihm noch zu eigen geblieben und führt er eine hübsche Handschrift.

Sein Vater, Mechaniker, starb mit 59 Jahren an Herzleiden; auf väterlicher Seite wurden bei der Mutter und einem Bruder Geistesstörungen beobachtet; Starrköpfigkeit soll ein Familiencharakterzug sein. Die Mutter, Anfangs fünfzig, ist gesund. Aehnliche Krankheitssymptome, wie bei dem Knaben, sind nach keiner Verwandtschaftslinie eruirbar.

Status praesens vom 4. Mai 1883. Körperlänge 131 cm.; etwas Kurzkopf mit stark vortretender Temporalgegend; ausdrucksvolles Gesicht; lebhafte Augen. Nie Kopfschmerz, kein Schwindel, kein Schielen; Sehschärfe normal, keine Pupillendifferenz, Hautfarbe blass. Auffallend tritt am entblössten Körper die schlecht entwickelte Muskulatur der obern Extremitäten, der Schultern und des Thorax hervor. Speciell sind atrophisch zu nennen die musculi deltoidei, tri- und bicipites der Oberarme, die flexores und extensores der Vorderarme, die pectorales, cucullares, latissimi und longissimi dorsi. Gut entwickelt, ja eigentlich hypertrophisch sind die musc. quadrati lumborum, die glutæi und die Muskeln der Oberschenkel, besonders aber die Wadenmuskeln. Die Messung ergibt: rechter Oberschenkel in der Mitte 36, linker 36,5 cm., über den Knieen, rechts 29,5, links 30 cm.; Waden, rechts 30,5, links 32 cm.; Unterschenkel über den Malleolen, rechts 18, links 19 cm.

Die Waden fühlen sich etwas derb an; am Morgen nach dem Aufstehen sollen sie weicher sein und oft ein bläulich-marmorirtes Aussehen zeigen. Charakteristisch ist auch in diesem Falle die Haltung und der Gang.

Um zur Sicherung des Gleichgewichtes eine möglichst breite Basis zu gewinnen, steht er mit ausgespreizten Beinen da. Der Rücken ist in seiner obern Parthie stark nach hinten gebeugt, so dass ein von der vertebra prominens losgelassenes Senkblei kaum noch das Kreuzbein tangirt; die Arme und Hände legen sich an die Körperseiten an. Die sattelförmige Lordose in der Lendengegend ist äusserst prägnant, der Bauch ist mässig vorgewölbt. Die dicken Waden bilden zu dem magern Oberkörper einen seltsamen Contrast. Wird der Patient angegangen, aus liegender Position sich zu erheben, so wendet er sich mit grosser Mühe bäuchlings um, stellt sich auf die Hände und strengt sich an, in die Höhe zu kommen; allein umsonst. Früher brachte er dies zu Stande, indem er sich, nach der Beschreibung seiner Mutter, zuerst auf die Hände stützte, dann mit der einen Hand den Unterschenkel auf der vorderen Seite fasste, mit der andern nachfolgte und den derselben entsprechenden Unterschenkel ebenfalls packte, worauf er sich Hand für Hand zu den Knieen emporarbeitete. Diese als Stützpunkte verwerthend, kletterte er gleichsam an den Oberschenkeln hinauf und schleuderte den Oberkörper, mit den Händen in der Nähe der Schenkelbeugen angelangt, in die Höhe, so dass er die oben geschilderte Stellung einnahm. Auch aus sitzender Position vermag er sich nur dann zu erheben, wenn er sich auf einen festen Gegenstand stützen kann. Der Gang ist watschelnd und unsicher. Sitzt der Kranke, so gehen die Bewegungen im Fuss-, Knie- und Hüftgelenke noch ziemlich ordentlich von Statten, doch fehlt die Ausgiebigkeit aus Mangel an Kraft. Der Händedruck ist vermindert.

Der Patellarreflex ist subnormal, die Hautreflexe nicht abgeschwächt. Die electromuskuläre Contractilität der erkrankten Muskeln ist abgeschwächt, ebenso, indess in vermindertem Grade, die electromuskuläre Sensibilität. Die Wadenmuskulatur bedarf zur Aushebung einer Contraction besonders starker Ströme. Hautsensibilität normal.

Auch dieser Patient kam mir bald aus dem Gesichtskreise und vernahm ich später, dass er kurze Zeit darauf sich zu Bette begeben musste, das er von da ab nicht mehr verliess. Die Handfertigkeit sei ihm so lange geblieben, als er überhaupt noch Körperkräfte besass. Nach $1\frac{1}{2}$ Jahren starb er an Lungenphthise.

3. Juvenile progressive Muskelatrophie. August Sch. von Hefenhofen, 21 Jahre alt, Strumpfwirker, unverheirathet, soll in frühester Kindheit wiederholt an Gichtern gelitten und mit 6 Jahren Scharlach ohne Complicationen durchgemacht haben. Mit 8 Jahren wurde er von Schwellung der Halsdrüsen — ohne Abscedirung — und mit 10 und 12 Jahren von Augenentzündung heimgesucht. — Der Beginn der gegenwärtigen Krankheit lässt sich nicht genau bestimmen, doch dürfte er auf das 12. Jahr zurückzuführen sein. Damals schon will er beobachtet haben, dass ihm das Aufstehen aus sitzender Stellung mehr Mühe verursachte als früher; besonders erinnert er sich, dass ihm, zur Zeit als er die Sekundarschule besuchte, die Schwerfälligkeit, mit der er sich beim Turnen aus der Kniebeuge erhob, manche Rüge zuzog. Es fiel ihm diese Unbeholfenheit um so mehr auf, als er früher leicht beweglich gewesen. Mit 15 Jahren erlernte er die Strumpfwirkerei und ging dann mit 17 Jahren auf die Wanderschaft, von der er nach 4 Jahren zurückkehrte. In den letzten Jahren verspürte er eine zunehmende Schwäche im Rücken, den Armen und den Beinen; derart, dass er schliesslich seinen Beruf aufgeben und nach Hause zurückreisen musste. Im Sommer 1886 legte er noch während 14 Tagen täglich 4—5 Stunden zurück, allein schon im Herbst betrug das Maximum seiner Marschleistung $1\frac{1}{2}$—2 Stunden. Erst als er total arbeitsunfähig geworden war, wandte er sich an einen Arzt.

In seiner Familie sind ähnliche Erkrankungen nicht nachweisbar; sein Vater zählt 55, seine Mutter 50 Jahre; beide sind gesund und ebenso erfreuen sich seine beiden Brüder, von 20 und 24 Jahren, einer guten Gesundheit. Mehrere Geschwister starben in den ersten Lebenswochen und Monaten. Weder auf väterlicher noch auf mütterlicher Seite lassen sich ähnliche Krankheitszustände nachweisen.

Status praesens vom 15. September 1886. Patient klagt, mit Ausnahme der genannten Schwäche, über keine abnormen subjectiven Empfindungen oder Schmerzen. Körperlänge 166 cm., Brustumfang 80 cm., Hautfarbe schmutzig blass, Haut mit reichlichen Acnepusteln besäet. Der Kopf weder nach Form noch Grösse abnorm; kein Kopfschmerz, kein Schwindel; geistiger Zustand normal; Bulbi allseitig frei beweglich, kein Schielen, gleichweite Pupillen von normaler Reaktion; Sinnesorgane überhaupt intact.

Auffallend ist die Körperhaltung: die Beine sind gespreizt, die Wirbelsäule in der Lendengegend sattelartig eingebogen, die obere Rückenparthie stark nach rückwärts gebogen. Der Gang ist unsicher, steif und werden die Füsse nur mit forcirter Anstrengung vom Boden abgehoben, was besonders beim Treppensteigen auffällt. Eigenthümlich und in gewisser Beziehung charakteristisch ist die Art und Weise, wie er sich aus knieender oder liegender Position aufzurichten strebt, und die enorme Anstrengung, die hiezu benöthigt wird, spricht für die hochgradige lähmungsartige Schwäche der an diesem Acte theilnehmenden Muskelgruppen. Ohne sich an einem benachbarten, festen Gegenstande halten zu können, bringt er es gar nicht zu Stande, sondern fällt bei jedem Versuche seitlings auf den Boden. Hat er es mit Benutzung fester Stützen endlich so weit gebracht, dass er mit den Händen die Oberschenkel fassen kann, so schleudert er den Oberkörper in die Höhe und rückwärts, um in dieser Weise die Aequilibrirung zu finden.

Die Kraftleistung der verschiedenen Muskelgruppen variirt ausserordentlich und steht in proportionalem Verhältnisse zu ihrem Ernährungszustande. Der Druck der Hände ist beidseitig kräftig, da die Muskeln derselben, sowie diejenigen der Vorderarme normal. Dagegen vermag er die Arme nicht soweit in die Höhe zu heben, dass die Oberarme auch nur horizontal gestellt würden, geschweige dieselben vertical emporzurichten. Und ebenso wenig ist er im Stande, die Arme in der Weise zu kreuzen, dass er mit den Händen die Schultern zu fassen vermöchte, kaum dass er mit den Fingerspitzen die vordere Wand der Achselhöhlen erreicht. Will er die Arme höher bringen, so muss er gleichsam einen Anlauf nehmen und sie emporwerfen, aber auch dann gelingt es ihm nur mangelhaft und für den Moment, sofort sinken sie wieder herunter. Die Schulter-

blätter stehen flügelartig vor und bildet sich auf diese Art eine stark ausgesprochene dorso-scapulare Bucht. Hebung, Senkung, Abduction und Adduction der Schultern und Arme sind in hohem Grade abgeschwächt und befinden sich die diesen Bewegungen vorstehenden Muskeln im Zustande hochgradiger Atrophie. Besonders gilt dies von den musc. deltoidei, bi- und tricipites brachii, den pectorales majores und minores, cucullares, latissimi dorsi, serrati antici majores, rhomboidei, sacrolumbalis und longissimus dorsi.

In geringerm Grade atrophisch sind die Muskeln der Oberschenkel, doch haben auch sie bedeutend an motorischer Kraft eingebüsst. Patient beugt den Oberschenkel in der Hüftbeuge nur mangelhaft und ebenso verhält es sich mit der Streckung im Knie; überhaupt sind alle Bewegungen langsamer und weniger ausgiebig, auch tritt rasch Ermüdung ein. Sichtbar atrophisch sind die musc. glutæi und der extensor cruris; die Wadenmuskeln sind prall und nicht atrophisch, aber auch nicht pseudohypertrophisch. Sie scheinen nur dicker im Vergleich zu den atrophischen Oberschenkeln. Die Messung ergibt: Oberarm rechts 18,5 cm., links 19 cm., Vorderarm 21,5, links 21, Oberschenkel rechts 31, links 31, Wade rechts 31,5, links 32,5.

Der faradomusculäre Strom hebt in sämmtlichen afficirten Muskeln Contractionen aus, doch sind diese abgeschwächt, und ebenso ist auch die electromusculäre Sensibilität herabgesetzt. Die Wadenmuskeln reagiren auf intermittirende Ströme in gleicher Weise wie die nichtafficirten. Dem constanten Strome gegenüber ist das Verhalten der erkrankten Muskeln ein ähnliches; nur quantitative Herabsetzung. Entartungsreaction fehlt vollständig. Der Patellarreflex ist rechts wie links erloschen; vasomotorische und trophische Störungen sind keine vorhanden; kein fibrilläres Zucken, kein Tremor.

Der Umstand, dass nach den Erfahrungen *Erb*'s bei dieser Form von Muskelatrophie durch andauernde Behandlung ein Stillstand des Krankheitsprocesses mitunter erreicht werden kann, bestimmte mich, den Patienten dem Spital zuzuweisen, wo er unterm 24. November 1886 Aufnahme fand.

Unter Anwendung von Bädern, galvanischer und faradischer Behandlung, sowie Massage, trat auch, wie es scheint, wirklich ein Stillstand ein, so dass der Chefarzt des Spitales, Hr. Dr. *Kappeler*, der mir in verdankenswerther Weise die Krankengeschichte zur Disposition stellte, bei der Entlassung des Patienten (13. März 1887), notiren konnte: „Es ist bei der Behandlung doch etwelche Besserung eingetreten. Patient ermüdet zwar noch leicht beim Gehen und ist der Gang derselbe schleudernde; dagegen geht er nach seiner Aussage doch sicherer, besonders beim Treppensteigen. Auch gelingt es ihm, Gegenstände vom Boden aufzuheben und, wenn auch sehr langsam und mühsam, aus liegender Stellung sich aufzurichten.“

Von hohem Interesse ist die microscopische Untersuchung excidirter Muskelstückchen, wie sie von Hrn. Dr. *Kappeler* vom Deltoides und Pectoralis major vorgenommen wurde. Unterm 7. December 1886 excidirte er ein Stückchen aus dem atrophischen linken Deltoideus und fand an den frischen Zupfpräparaten mässige, trübe, körnige Degeneration einzelner Muskelfasern, mit Schwund der Querstreifung; an andern war die Querstreifung noch völlig erhalten. Das gleiche Bild boten die in *Müller*'scher Flüssigkeit gehärteten Präparate. Auf den Querschnitten zeigen sich die Muskelbündel von ganz verschiedener Dicke; das interfibrilläre Bindegewebe erscheint vermehrt, was aber wohl nur durch den Schwund der Muskelsubstanz bedingt ist. Am 10. Februar 1887 wurden auch Stückchen aus dem Pectoralis major entnommen und das eine davon in *Müller*'scher Flüssigkeit gehärtet, das andere an der Luft getrocknet. Die microscopische Untersuchung ergab Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes, daneben Atrophie und Schlängelung der Muskelfasern, die aber zum Theil ihre Querfaserung noch vollständig bewahrt haben.

Zürich. Rechnung über Kasse der schweiz. Aerztecommission 1887, erstattet vom Kassier Dr. *J. H. Sigg* in Kl.-Andelfingen.

Einnahmen:

1887	Januar	1.	Saldo von 1886	Fr. 677. 30
			Zins der Sparkasse	„ 24. 65
				Fr. 701. 95



Ausgaben:

1887	Januar	3.	Drucksachen für Aerzte-Statistik	Fr.	6. —
	März	1.	Rechnung für Album [1])	„	1. 85
	Mai	20.	„ für ein neues Album	„	34. 50
	„	20.	„ Schweighauser, Drucksachen	„	35. 90
	„	20.	„ „ „	„	10. 20
	„	21.	Local in Basel	„	5. —
	August	25.	Rechnung Fenner (neues Protocoll)	„	18. 50
	„	25.	„ Buser (Copiatur)	„	1. 50
	November	7.	Localmiethe Olten und Porto	„	15. 25
	„	18.	Rechnung Thommen (Album) und Porto	„	2. 70
	December	17.	Local Zürich	„	5. —
	„	21.	Rechnung Schweighauser, Drucksachen	„	35. 90
	„	24.	„ Dr. *Sonderegger* (Drucks., Copiat.)	„	30. —
	„	31.	Porti	„	1. 70
				Fr.	204. —
			Kassensaldo	„	497. 95
				Fr.	701. 95

Bayern. München ist seit Urzeiten als eine gemüthliche Bierstadt bekannt. Allgemach ist sie auch eine bedeutende Fremdenstadt geworden, dank den eminenten künstlerischen Bestrebungen seiner Bewohner und seines Fürstenhauses. Dass wir nun aber dieses Semester hier die grösste medic. Facultät unter allen Universitäten Deutschlands haben, dass dieselbe also an Zahl der Studenten (ca. 1200) sogar Berlin und Leipzig überflügelt hat, — dieses Factum ist für Manchen unter uns etwas Neues, ganz Unerwartetes. Billiges Bier, billiges Logis, freundliche Gesichter, eine glückliche Verquickung von Grossstadt und heimeligem Spiessbürgerthum, Kunstgenüsse der verschiedensten Art: das Alles findet der Studirende hier und das wissen auch die Norddeutschen recht wohl zu schätzen.

Die Schweizer Juristen strömen schon seit längerer Zeit namentlich aus der Ostschweiz in relativ grösserer Menge hieher; es war besonders der verstorbene Prof. *v. Brinz*, welcher auch auf sie eine magnetische Kraft ausübte. Dagegen werden die Kräfte der medicinischen Facultät Münchens bei uns offenbar viel zu wenig gewürdigt.

Es sind zwar alle Hörsäle überfüllt und wer in die *v. Nussbaum*'sche oder *v. Ziemssen*sche Klinik erst mit dem Schlage des academischen Viertels eintritt, der muss unter der Thüre stehen bleiben; bei Prof. *Winkel*'s Vorlesungen drängt man sich sogar noch in Vorzimmern und Corridoren.

Pathologisch-anatomische Demonstrationen bilden — wo ich mich auch umsah, Breslau ausgenommen — ein gern und oft geschwänztes Colleg. Hier in München findet das Gegentheil statt. Und unter den sich hinzudrängenden Zuhörern von *Bollinger*, des ehemaligen Zürcher Professors, erblickt man nicht nur eine ungewohnte Anzahl Studenten, sondern auch ältere Collegen, bemooste zum Theil schon ergraute Häupter, die gespannt folgen dem ungemein schönen, rasch fliessenden Vortrage, in welchem reiches practisch-klinisches Wissen in die an und für sich ja ganz theoretische oder doch wenigstens todte Materie gewirkt und wodurch in der Folge ein wunderbar klares und scharfes Krankheitsbild vor dem leiblichen und geistigen Auge entrollt wird.

Wie ist die Differentialdiagnostik ja oft ein recht heikles Ding, das nicht umgangen werden sollte, das aber in praxi ja so häufig — wenigstens für einige Zeit — in suspenso gelassen werden muss! Und wie wunderbar mächtig ist anderseits die Lehrkraft der eigenen erkannten Sünden. Der Arzt, der jahrelang keine Section mehr machen konnte oder durfte, gleicht einem Kaufmann, der stets Geschäfte macht, ohne hinterher deren Rendite zu prüfen und die Bilanz zu ziehen. Allmälig gewöhnt man sich daran, sich als einen stets glücklichen, oder doch richtig handelnden Speculanten zu betrachten;

---

[1]) Ich hoffe zuversichtlich, dass der Herr Kassier der Kasse der schweizerischen Aerztecommission die sämmtlichen, nur für den ärztlichen Centralverein gemachten Ausgaben 1888 rückvergütet. *A. Baader*.

der Arzt kommt schliesslich dazu, nicht einmal mehr sich selbst die begangenen Fehler einzugestehen. Ein wahrhaft wohlthuendes Gefühl erweckt uns da der pathologische Anatome, der (allerdings fremden) Irrthum schonungslos aufdeckt und dessen Zustandekommen erklärt, dem Kliniker auf alle Abwege folgt, der seine Zuhörer (den Arzt) auf die richtige Fährte leitet, und der schliesslich den Beweis für alle seine Behauptungen ad oculos demonstriren kann. Eine solche Differenzialdiagnose mit Hülfe der Krankengeschichte, des betreffenden pathologischen Präparates und dann mit entsprechenden, zum Vergleich herbeigezogenen Präparaten, welche ähnlich erscheinende Krankheitsbilder begleiten oder gar verursachen können — das spricht sehr eindringlich!

Es möge uns an dieser Stelle die ergebene Frage gestattet sein, ob es nicht sehr wünschenswerth und möglich wäre, im Wiederholungscurs für ältere Militärärzte ein solches Colleg einzuschalten. Die kurze Instructionszeit ist allerdings schon jetzt von gar Vielerlei stark in Anspruch genommen und abstreichen lässt sich nichts. Aber warum nicht 2—3 Tage zusetzen? „Klein sind die Mühen, herrlich der Lohn etc."

München hat gute Specialisten, welche als Universitätslehrer die 2 sehr besuchten, leider aber auch räumlich getrennten Polikliniken (des Ambulatoriums und des Reisingerianums) leiten. Die otologische Poliklinik (unter Prof. *Bezold*) war letztes Jahr von 528, die laryngologische Poliklinik von Dr. *Schech* von 374 Patienten besucht. Die laryngologische Poliklinik von Prof. *Oertel* weist eine annähernd gleich grosse Zahl auf. Viel stärker frequentirt ist natürlich die chirurgische, medicinische und gynæcologische Poliklinik. Von Herrn Prof. *Rothmund* wurden im verflossenen Jahre ca. 4400 unbemittelte Kranke ambulant behandelt.

Die Zahl der Zuhörer ist für die otologische Poliklinik 7, für den Curs von Herrn Dr. *Schech* ca. 35, bei Prof. *Oertel* ca. 5—6. Alle diese Docenten nehmen sich ihrer Zuhörer angelegentlich an. Sehr einfach, anziehend und instructiv ist Dr. *Schech*. Etwas weniger, aber dafür ausgewählteres Material sieht man bei Herrn Prof. *Oertel;* derselbe operirt mit seiner ungemein practischen, noch viel zu wenig bekannten Kneipzange wunderbar gewandt.

Als Curiosum aus diesem Curs und vielleicht als Pendant zu einem andern bekannten und berühmten Falle erwähne ich einen seit 4 Jahren an Carcinoma laryngis leidenden Mann, dem Herr Prof. *Oertel* je nach Bedürfniss, d. h. früher selten, jetzt alle Wochen von den das Kehlkopfinnere ausfüllenden diffusen harten Geschwulstmassen mit Zange und Galvanocauter so viel entfernt, dass Pat. stets noch ohne wesentliche Dyspnœ athmen kann und er ein im Uebrigen ganz treffliches Aussehen behält. — Ein ungemein eifriger, anregender Lehrer, liebenswürdiger College und höchst gewissenhafter Arzt ist Herr Prof. *Bezold*.

Man muss seine Borsäurebehandlung und deren Resultate an Ort und Stelle gesehen haben, um recht beurtheilen zu können, einen wie grossen Fortschritt ihre Einführung in die Ohrenheilkunde bedeutet und wie ungerecht und haltlos anderseits die Anschuldigungen sind, welche von Zeit zu Zeit (und erst neuerdings wieder in der Deutschen med. Wochenschrift) dagegen erhoben werden von gewissen Seiten.

Bezold ist ausgezeichneter Anatome; von seinen berühmten Corrosionspräparaten beherbergt auch die Basler Sammlung im Vesalianum einige Originalexemplare. Zeit und Raum fehlen, auf alle diese Details noch weiter einzugehen.

Ich möchte nur zum Schlusse diejenigen Herren Collegen, welche in den nächsten Sommerferien ihr Wissen an einer auswärtigen Universität aufzufrischen gedenken, noch auf die zu jener Zeit hier stattfindenden Feriencurse aufmerksam machen. Wer zu genanntem Zwecke nicht unnöthig Geld und Zeit opfern will, der schweife nicht in die Ferne, so lange das Gute so nahe liegt.

München, den 25. Januar 1888. Dr. *F. Siebenmann*.

Wochenbericht.

Schweiz.

II. schweizerischer Aerztetag. Die Frühjahrsversammlung wird nicht, wie gemeldet, im März, sondern im **Mai** stattfinden, und zwar wird der 19. oder 26. Mai als Versammlungstag genannt.

II. schweizerischer Aerztetag in Lausanne. Präsident und Schriftführer des ärztlichen Centralvereines laden die Herren Präsidenten der Cantonal- und Bezirksvereine durch ein Circular dringend ein, eifrig dahin zu wirken, dass sich die Herren Collegen der deutsch sprechenden Schweiz möglichst zahlreich am Aerztetage in Lausanne (Mai 1888) einfinden. Es ist eine Ehrensache, dass wir auch einmal zu den Collegen in die wälsche Schweiz gehen. Näheres später!

Publicistik. Die illustrirte Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik und orthopädischen Chirurgie (Red. Dr. *Beck* in Bern und Dr. *Beely* in Berlin) erscheint nunmehr auch in französischer Sprache.

Bacteriologischer Curs für pract. Aerzte wird 7.—28. März im Hygieine-Institut in Zürich, Rämistrasse 85, von Dr. *O. Roth* abgehalten.

Ausland.

Geheimrath *E. Wagner*, Professor der innern Medicin in Leipzig ist gestorben.

Prof. *Rosenbach* in Göttingen ist als Professor der Chirurgie nach Jena berufen, als Nachfolger von Prof. *Braune*, der an Stelle des in Ruhestand getretenen Prof. *Roser* in Marburg tritt.

Der **deutsche Congress für Chirurgie** wird vom 4.—7. April in Berlin abgehalten. Am Vorabend wird eine *Langenbeck*-Gedenkfeier abgehalten, die in der Aufführung von Mozarts Requiem durch das philharm. Orchester und den Chor der Hochschule, und einer von Prof. *v. Bergmann* gehaltenen Gedächtnissrede bestehen soll.

Der **7. Congress für innere Medicin** findet vom 9. bis 12. April 1888 zu Wiesbaden statt. Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen: Die chronischen Herzmuskelerkrankungen und ihre Behandlung. Ref. *Oertel*, *Lichtheim*. — Der Weingeist als Heilmittel. Ref. *Binz*, *von Jacksch*. — Die Verhütung und Behandlung der asiatischen Cholera. Ref. *Cantani*, *A. Pfeiffer*. — Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: *Rumpf:* Ueber das Wanderherz. — *Unverricht:* Experimentelle Untersuchungen über den Mechanismus der Athembewegungen. — *Adamkiewicz:* Ueber combinirte Degeneration des Rückenmarkes. — *Jaworski:* Experimentelle Beiträge zur Diätetik der Verdauungsstörungen. — *Stiller:* Zur Therapie des Morbus Basedowii. — Derselbe: Zur Diagnostik der Nierentumoren. — *E. Pfeiffer:* Harnsäureausscheidung und Harnsäurelösung. — *Binswanger:* Zur Pathogenese des epileptischen Anfalls. — *Jürgensen:* Ueber kryptogenetische Septiko-Pyæmie.

Der **französische Congress für Chirurgie** tagt vom 12.—17. März in Paris. Als hauptsächlichste Themata werden genannt: die Radicaloperation der Hernien, Schussverletzungen der grossen Leibeshöhlen, chronisch-eitrige Pleuritis. — An die Schweizer Aerzte erging eine besondere Einladung.

Pasteur über die Ausrottung der Kaninchen in Australien. Vor Kurzem wurde mitgetheilt, dass die Regierung von Neu-Süd-Wales einen Preis von 500,000 M. ausgesetzt habe für ein Mittel zur Ausrottung der Kaninchen, die durch ihre unglaublich rasche Vermehrung dem Lande den grössten Schaden zufügen, und dass *Pasteur* als hiezu geeignet die Verbreitung der Hühnercholera unter denselben vorgeschlagen habe.

Dieser Vorschlag fand von verschiedenen Seiten, besonders von England aus, eine abfällige Kritik. Um so interessanter ist es zu hören, dass *Pasteur* schon jetzt in der Lage ist, über die glänzende experimentelle Bestätigung seiner Voraussetzungen Mittheilung zu machen (Annales de l'Institut *Pasteur* 1888, Nr. 1).

Schon Versuche im Laboratorium *Pasteur*'s, von *M. Loir* ausgeführt, ergaben günstige Resultate; Kaninchen erhielten Futter, das mit einer Reincultur von Hühnercholera besprengt war; nachdem dieses Futter aufgefressen war, wurden noch weitere Thiere in den gleichen Stall gebracht. Die ersteren starben alle, von den letzteren, die von dem inficirten Futter selbst nichts genossen hatten, fast alle. Die gleichen Versuche wurden mit Schweinen, Hunden, Ziegen, Schafen, Ratten, Pferden und Eseln angestellt. Keines dieser Thiere erkrankte.

Ein glücklicher Zufall gab *P.* Gelegenheit, das Experiment mit Kaninchen im grossen Maassstabe auszuführen. Frau Pommery in Reims, die Eigenthümerin der bekannten Champagnerfabrik, hatte ein acht Hectaren grosses, von Mauern eingeschlossenes Grundstück mit Kaninchen besetzt, um ihren Enkeln eine Jagd daselbst einzurichten. Die Thiere vermehrten sich aber so rasch und unterminirten den Boden derart, dass es

wünschenswerth wurde, sie wieder auszurotten. Dies wurde jedoch vergeblich versucht, vielmehr musste man, um zu verhüten, dass die Thiere aus Hunger ihre unterirdischen Gänge allzu tief ausdehnten und dadurch die unter dem Grundstück gelegenen Kellergewölbe in Gefahr brächten, ihnen noch täglich Futter reichen. Frau Pommery, die von dem Vorschlage *Pasteur*'s gehört hatte, stellte daher diesem das ganze Grundstück zu einem Versuche zur Verfügung.

Der Erfolg dieses Versuches war überraschend. Am Tage nach der Inficirung des Futters mit einer frischen Cultur von Hühnercholera zählte man 19 Leichen ausserhalb der Baue, am dritten Tage weitere 13 und von diesem Tage an wurde kein lebendes Kaninchen mehr auf dem Grundstück erblickt; auch als während der Nacht etwas frischer Schnee fiel, wurde keine Fussspur auf demselben bemerkt. Kaninchen sterben gewöhnlich in ihrem Bau. Es war daher zu vermuthen, dass die aufgefundenen 32 Cadaver nur einen geringen Bruchtheil der wirklich verendeten Thiere darstellen würden. Dies bestätigte sich. Das Futter blieb unberührt, jegliche Fussspuren auf dem Schnee blieben auch in der Zukunft aus, dagegen fand man, wo immer man die Gänge aufgrub, Haufen von Leichen. Die Thiere, deren Zahl mehr als 1000 betragen hatte, waren in Zeit von drei Tagen von Grund aus vernichtet! Nach diesem Erfolge scheint das Genie *Pasteur*'s in der That Chance zu haben, den grossen australischen Preis sich zu verdienen.

(Münch. med. Wochenschr. Nr. 5.)

Stenocarpin und Erythrophlaein — zwei neue locale Anæsthetica.

Stenocarpin, ein Alcaloid aus den Blättern der Gleditschia triacanthos L. dargestellt, wurde vor ³/₄ Jahren von Amerika aus empfohlen. In 2°/₀ Lösung 2—4 Tropfen in den Conjunctivalsack eingebracht, macht es Conj. und Cornea für 20 Minuten vollständig unempfindlich. Sogar auf die äussere Haut längere Zeit aufgelegt, erzeugt es locale Anæsthesie. Der Preis ist zur Zeit noch exorbitant: 1 grm. = 50 Fr.

Erythrophlaein, von *Lewin* neu entdeckt als vorzügliches Anæstheticum, wird aus Rinde, Hülse und Samen von Erythrophlaeum Guinense G. Don. gewonnen und stellt nach den mühevollen und verdienstlichen Untersuchungen von *Lewin* den Hauptbestandtheil des Hayagiftes dar, das als Pfeilgift bei vielen afrikanischen Völkerstämmen gebraucht wird. Die Rinde des „Rothwasserbaumes" oder Sassyrinde ist ein Handelsartikel. Es lässt sich daraus das Alcaloid Erythrophlaein extrahiren, dessen salzsaures Salz in Pulverform dargestellt, in Wasser leicht löslich ist. Das Er. hydrochloric. erwies sich in Lösungen von 0,1 : 100 Wasser von mässiger local anæsthesirender Wirkung. 8 Tropfen Thieren in den Conjunctivalsack eingebracht, erzeugten ohne Veränderung der Pupille und ihrer wesentlichen Reizerscheinungen eine 15—20 Minuten anhaltende Anæsthesie der Cornea und Conjunctiva. ¹/₂—1¹/₂ mgr. subcutan injicirt erzeugt im Bereiche der Injectionsstelle totale Unempfindlichkeit; ebenso in Wunden eingeträufelt. Versuche an Menschen haben in gleicher Weise ermuthigende Resultate ergeben. — Nicht unerwähnt darf bleiben, dass dies Alcaloid ein Herzgift ist — in grössern Dosen wird der Puls verlangsamt, es tritt Brechen ein, 15 mgr. vermögen einen Hund an Herzlähmung zu tödten. Es ist also immerhin Vorsicht im Gebrauche zu empfehlen, obschon, wie *L.* richtig sagt, jedes Gift in der Hand des Wissenden Segen, in der des Unwissenden Unheil schaffen kann.

(Berl. kl. W. Nr. 4.)

Dr. *Goldschmidt* in Nürnberg hat nach einer neuesten Mittheilung das Erytrophlaein zur Anæsthesirung der Conjunctiva bei Menschen angewandt. Einige Tropfen einer 0,1°/₀-Lösung erzeugten nach 15 Minuten eine 3—4 Stunden anhaltende Anæsthesie des Auges. Ausser einer leichten conjunctivalen Reizung und dem Gefühl von Hitze und Brennen zu Beginn traten keine unangenehmen Nebenerscheinungen auf, keine Aenderung der Pupillenweite, der Accommodation, Sehschärfe etc., während das Cocain bekanntlich zugleich functionelle Störungen vorübergehender Natur setzt.

Auch *G.* konnte bei Thieren nach subcutaner Injection eine Anæsthesie „von unerhörter Intensität" beobachten. Wenn man z. B. einem Meerschweinchen 0,0005 unter die Bauchhaut injicirt, so kann es laparotomirt und wieder genäht werden, ohne irgend eine Schmerzäusserung zu thun.

Ueber Chlorzinkätzungen bei malignen Neubildungen. Manchem Arzte widerstrebt es, unthätig einem wenn auch inoperablen Falle maligner Neubildung gegenüberzustehen; und so mögen ihm und seinen Patienten die von *Czerny* angewandten, von *Steinthal* in den

Therap. Monatsh. 1887 empfohlenen Chlorzinkätzungen willkommen sein und zwar um so mehr, als *Czerny* mitunter recht schöne Resultate zu verzeichnen hatte, meist freilich waren es nur vorübergehende Erfolge.

Statt der alten Paste: Chlorzink und Amylum āā brauchte *C.* eine consistentere Masse nach folgender Vorschrift: 20 Th. Zinc. chlorat. werden mit gleichen Theilen Amyl. trit. oder 15 Th. farina trit. so lange unter Zusatz von einigen Tropfen Wasser zusammengerieben, bis eine teigförmige Masse entsteht. Dieser setzt man je nach dem gewünschten Härtungsgrad Zinc. oxyd. (meist 5 Theile) zu und gibt der Paste die gewünschte Gestalt. Nöthigenfalls kann die geformte Paste zur Einführung in Höhlen (Vagina, Rectum etc.) mit dem Messer noch geformt werden. Ihre Aetzwirkung ist sehr stark und entfaltet sich in 6 Stunden hinreichend. Nachher zerbröckelt die Paste leicht. Die gesunden Partien der Umgebung werden durch stark eingefettete Tampons geschützt. *St.* empfiehlt, die Paste selbst in ein Gazesäckchen einzuschliessen. — Die geätzten Stellen werden hart, lederartig, stossen sich bald ab und kräftige Granulationen kleiden die Wunde aus. —

Frankreich. Acid. boricum, seine toxische Wirkung, interne Application. *Gaucher* hat sich mit diesem Thema beschäftigt; — er hielt die Borsäure zur innern Darreichung als geeignetstes Antisepticum seines indifferenten Geschmackes und seiner nicht ätzenden Eigenschaft halber.

Meerschweinchen, die tägliche Dosen von 0,50 Acid. bor. erhielten, gingen nach 14 resp. 11 Tagen an Nephritis (?) zu Grunde. — Diese Dosis würde auf den Menschen berechnet 75 grm. täglich betragen.

Aeusserlich empfiehlt *G.* die Borsäure bei Hautaffectionen aller Art, besonders in Salbenform bei Impetigo contag.

Interne verabreichte er es Phthisikern zu 0,5—1,0 grm. pro die; es wurde gut ertragen, eine cumulirende Wirkung trat nicht auf, denn es wird leicht durch den Urin ausgeschieden. Irgend welchen günstigen Einfluss auf die tuberculöse Affection liess sich nicht mit Sicherheit nachweisen. Hingegen war der Erfolg bei Cystitis interne zu 1,0 p. d. sehr günstig. —

Lavaux gelang es, übersättigte Lösungen von Acid. boric. darzustellen, die von vorzüglicher antiseptischer Wirkung sind. Bekanntlich ist Borsäure nur zu 4% in Wasser löslich; *L.* setzte 1/15 Theil Magnesia calc. hinzu und konnte so sehr concentrirte Borsäurelösungen (von 13—16%) herstellen — die er mit Vortheil bei Blasenspülung u. s. w. verwandte. (Bulletin méd. Nr. 8, 1888.)

Stand der Infections-Krankheiten.

		Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperalfieber	Parotitis	Ophthalmoblennorrhœa	Variola
Zürich u. Aussengem.	5. II.-11. II.	4	1	3	5	4	7	1	—	—	—	1
	12. II.-18. II.	1	2	1	4	2	6	2	1	—	—	—
Bern	5. II.-11. II.	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	12. II.-18. II.	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Basel	11. II.-25. II.	52	—	13	—	4	28	7	—	4	1	—

In Zürich ist der Blatternfall zugereist.

In Basel nimmt Scharlach langsam ab (letzte Berichte 98, 71, 64 Fälle). Von den 52 Erkrankungen betreffen 12 das Nordwestplateau, je 14 Birsigthal und Kleinbasel. Von den Erkrankten sind 11 erwachsen, 20 im schulpflichtigen Alter, 21 unterhalb desselben.

Briefkasten.

Alle Correspondenzen erbitten wir uns von nun an unter der Adresse: „Redaction des Correspondenz-Blattes Basel".

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats.
Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile.

Preis des Jahrgangs Fr. 12. — für die Schweiz, Fr. 14.50 für das Ausland. Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. C. Garrè,

Docent in Basel.

N°. 6. XVIII. Jahrg. 1888. 15. März.

Arnold Baader,

geb. 16. Februar 1842, gest. 25. Februar 1888.

Fünfzehn Monate erst sind verflossen, seit *Arnold Baader* uns im Correspondenz-Blatte mit der ihm eigenen Herzenswärme das Bild *Albert Burckhardt*'s gezeichnet hat, seines langjährigen Freundes, seines Genossen in der Redaction dieses Blattes und im Kampfe für alle socialen Bestrebungen der schweizerischen Aerzte. Und nun ist auch Er dahin und ist es an uns, mit liebender Hand noch einmal die Summe auch dieses zu früh geendeten Daseins zu ziehen.

Baader ist einer Familie entsprossen, in welcher der ärztliche Beruf seit Generationen heimisch war, und nicht nur im Berufe, sondern auch in der Art, wie er ihn auffasste und in den hervorragenden Eigenschaften seines Charakters ist er der Erbe seines Vaters gewesen. Glauben wir doch, es gelte unserem Freunde, wenn es von seinem Vater heisst,[1]) er habe mit der „Energie eines Feldherrn" die „Liebenswürdigkeit eines Kindes" verbunden, wenn wir uns erinnern, wie derselbe neben umfassender Berufsthätigkeit auch als Bürger in Gemeinde und Canton seinen ganzen Mann gestellt hat. Der Vater hat auch vor Jahrzehnten den ersten Impuls gegeben zur Gründung einer schweizerischen ärztlichen Gesellschaft, deren Vertreter nun aus allen Theilen des Vaterlandes herbei geeilt sind, um in dankbarer Liebe einen Kranz auf das Grab des Sohnes zu legen.

Im freundlichen Doctorhause zu Gelterkinden wurde *Baader* am 16. Februar 1842 geboren und brachte dort als Aeltester unter zahlreichen Geschwistern eine fröhliche

---

[1]) Corr.-Bl. 1879 pag. 194.

Jugend zu. Nachdem er die Schule seines Dorfes und die nahe Bezirksschule durchlaufen, zuletzt noch ein halbes Jahr in einer Pension in Lausanne zugebracht hatte, trat er im Frühjahre 1857 in das Pädagogium zu Basel ein. Im Frühjahre 1860 begann *Baader* sein medicinisches Studium. Als ältester Sohn zum ärztlichen Berufe prädestinirt, hatte er doch in seiner Jugend eine starke Abneigung gegen denselben. Körperlich rasch aufgeschossen und zu Kränklichkeit disponirt, war er als Knabe auch in seinem Charakter etwas furchtsam und ängstlich; vor Blut und Schmerzäusserungen hatte er Abscheu und war lange nicht dazu zu bringen, seinem Vater bei kleinen Operationen behilflich zu sein. Aber die ungewöhnliche Willenskraft, welche später der Mann in schwerem Schicksale siegreich bewährte, trat schon im Knaben zu Tage; er gewöhnte sich allmälig an das Abschreckende des ihm bestimmten Berufes, indem er krampfhaft an das Fenster sich anklammernd von aussen in das Operationszimmer seines Vaters hineinsah. Mit gleich bewusster Energie hat *Baader* später als Turner seine körperliche Ausbildung gefördert.

So ist es kein Wunder, wenn im Kreise der Basler Commilitonen seine an Körper und Charakter kraftvolle Persönlichkeit rasch in den Vordergrund trat; er war nach einander Präsident der Pädagogia, des academischen Turnvereins, der Zofingia, Centralpräsident der damaligen drei Basler Turnvereine. Ueber dem frohen Leben im Freundeskreise wurde das Studium nicht vernachlässigt; ein leider nur bis zum Jahre 1863 fortgeführtes Tagebuch *Baader*'s legt in schmuckloser Natürlichkeit Zeugniss ab vom redlichen Ernste seines innern und von der frugalen Einfachheit seines äussern Studentenlebens. Nach vier Semestern in Basel folgten zwei in Würzburg und je eines in Prag und Bern. Am Schlusse dieses letzten (achten) Semesters promovirte *Baader*; der Gegenstand seiner auf Anregung von Prof. *Aeby* verfassten Dissertation war: Ueber die Varietäten der Armarterien des Menschen und ihre morphologische Bedeutung.

Nachdem *Baader* auch das Examen in Baselland bestanden hatte, trat er seinem Vater in dessen ausgedehnter Praxis hilfreich zur Seite. Neben der ärztlichen entwickelte er sofort auch eine lebhafte Thätigkeit in gemeinnützigen und vaterländischen Bestrebungen. Im Schul- und Armenerziehungswesen, in Schützen- und Turnvereinen, überall stellte er seinen Mann. Wie früher schon von Turnfesten, so kehrte *Baader* nun auch von Schützenfesten mit Preisen nach Hause zurück. Liebhaber der Jagd ist er bis an sein Ende geblieben; sie war fast die einzige Erholung, welche auch später der gesunde *Baader* sich gönnte; zu ruhigem far niente liess er sich nur durch Krankheit nöthigen.

Vor Allem lag ihm die Hebung des Turnwesens in Baselland am Herzen; er hielt Turncurse für Lehrer, wirkte zu Hause selbst als Vorturner, auch im Winter in zugiger Scheune. Katarrhe hatte er häufig, Schonung kannte er nie. Der Körper war für ihn sein ganzes Leben lang nur das folgsame Werkzeug eines rastlos thätigen Geistes.

So mag *Baader* selbst den Weg erleichtert haben für das Unglück, welches seit Jahren sich vorbereitet hatte und nun rasch wachsend über ihn hereinbrach: seine

Schwerhörigkeit. Schon in die Studentenzeit reichen ihre Anfänge zurück. „Meines schlechten Gehörs wegen“, schreibt *Baader* im Februar 1863 in Würzburg, „war ich bei *Tröltsch;* es nützt aber nichts, was mir oft nicht geringe Sorge macht; wenn der Process weiter schreiten sollte, wäre es um mein ganzes Lebensglück geschehen.“

Er und seine Umgebung mögen sich an eine allmälige Verschlimmerung gewöhnt haben, so lange der Verkehr mit etwas lauter Stimme nicht beeinträchtigt war. In einer Militärschule in Luzern scheint eine rasche Steigerung eingetreten zu sein; während vorher wesentlich nur das linke Ohr mangelhaft functionirte, erwachte *Baader* eines Morgens ohne besondere vorhergegangene Ursache fast ganz taub. Sofortige Curen in Basel und Würzburg (an letzterem Orte Strychnininjectionen bis zu Convulsionen) brachten keine erhebliche Besserung; Diagnose und Prognose blieben gleich dunkel. Das wäre schon für eine stille Gelehrtennatur ein schwerer Schlag gewesen, um wie viel mehr für *Baader*, welchem Bethätigung nach aussen im Berufe und im öffentlichen Leben Existenzbedingung war. Wie Viele wären da nicht gebrochen verkümmert oder hätten in trotziger Verbitterung diesem Schicksale den Rücken gekehrt! Unsern Freund hat vor dem letztern eine liebende Mutter, vor dem erstern seine eiserne Energie bewahrt.

In rastloser körperlicher und geistiger Arbeit ward *Baader* seines Schicksals Herr; gewiss hat er den Sieg nur spät und mühsam erkämpft; vielleicht hat er ihn sein Leben lang manchen Tag neu erringen müssen. Denn wie oft mag ihm immer wieder die Betrachtung aufgestiegen sein, wie viel ihm versagt blieb nicht nur in der vollen Bethätigung seiner Begabung, sondern auch in der freundlichen Gestaltung seines Daseins, ihm, der das Familienleben als das höchste Glück schätzte und die Kinder überaus liebte. Daher denn jene stete Kampfbereitschaft des Gemüthes, die in *Baader*'s Wesen zu Tage trat und die sich später auch im Correspondenz-Blatte so vielfach äusserte. Immer wieder ruft er es sich und uns zu:

„Wird der Kampf auch noch so hart uns,
Nie versumpfen, nie versanden!“ [1])

oder: „Tu ne cede malis, sed contra audentior ito!“ [2])

Sub hoc signo vixit et vicit. Muthig ging *Baader*, der eben noch hatte wissenschaftlich reisen und sich für eine academische Laufbahn ausbilden wollen, daran, auf den Trümmern aller seiner Zukunftspläne weiter zu bauen. In der ärztlichen Praxis sicherten ihm trotz aller Hindernisse sein Wissen und Können und seine gewinnende Persönlichkeit stets den Erfolg und ebenso unverdrossen arbeitete er in seiner gemeinnützigen Thätigkeit weiter.

Während des deutsch-französischen Krieges besuchte *Baader* zuerst als delegirter Militärarzt den Kriegsschauplatz in der Umgebung von Metz; heimgekehrt brach er schon nach drei Tagen wieder auf, um mit einer in Winterthur ausgerüsteten schweizer Ambulance unter der Leitung von *Albert Burckhardt* nach Lure [3]) zu gehen, wo er

---

[1]) Corr.-Bl. 1875, pag. 23. [2]) Corr.-Bl. 1886, pag. 250.
[3]) Feldcorrespondenz aus Lure, Corr.-Bl. 1871, pag. 129.

bis nach dem Friedensschlusse blieb. Auf Grund seiner Erfahrungen wirkte er später mit bei den Berathungen über die Reform des eidgenössischen Militärsanitätswesens.[1])

Im Frühjahre 1872 übernahm *Baader* mit seinem Freunde *Albert Burckhardt* die Redaction des Correspondenz-Blattes für Schweizer Aerzte. Der Erfolg hat den damals kühnen Griff glänzend gerechtfertigt. Unter der Leitung der beiden Männer, die selbst zu den treibenden Kräften des ärztlichen Centralvereins gehörten, ist auch das Correspondenz-Blatt der unentbehrliche litterarische Ausdruck des Zusammenhaltens der Schweizer Aerzte geworden. Was *Baader* von Anfang an bis zuletzt im Correspondenz-Blatte veröffentlicht hat, ist nicht aufzuzählen; das Inhaltsverzeichniss jedes Jahrgangs zeigt Originalarbeiten,[2]) Beobachtungen aus der Praxis, Correspondenzen, Referate in einer Menge und Mannigfaltigkeit, welche nur durch die rasche Auffassungsgabe *Baader*'s und durch die Leichtigkeit, mit der er arbeitete, begreiflich wird. Auch mehrere Gedenkblätter an verstorbene Collegen stammen von seiner Hand (*Ulrich Zehnder* 1877, *Bider* 1878, *Erismann* 1880, vor Allem der Nekrolog von *Albert Burckhardt* 1886).

Während *Baader* aus dem Gefühle vielseitigen und erfolgreichen Wirkens wohl immer mehr auch für die Zukunft Muth schöpfen durfte, machte im Februar 1877 eine Hämoptoë, welche ihn auf der Praxis befiel, aller Thätigkeit neuerdings ein Ende. Wiederholte profuse Blutstürze brachten ihn in Glion an den Rand des Grabes; langsam nur erholte er sich so weit, um im Spätsommer nach Weissenburg zu gehen; den folgenden Winter brachte er in Ajaccio zu.

Nun konnte aber auf die Dauer seines Bleibens auf dem Lande nicht sein; ungern verliess er die Heimath wenige Wochen, bevor sein Vater starb. Wenn aber die Freunde, deren Rathe folgend *Baader* im Februar 1879 nach Basel zog, in der Stadt auf physische Erleichterung für ihn gehofft hatten, so war es ein gründlicher Irrthum. Rasch strömte dem Schwerhörigen eine Praxis zu, welche ihn den ganzen Tag, nur zu oft auch in der Nacht in Anspruch nahm; seine Thätigkeit erstreckte sich auf alle Kreise der Bevölkerung und war immer durchdrungen von einer über den ärztlichen Rath hinausgehenden menschlichen Theilnahme am gesammten Wohl und Wehe der Clienten; das war die Anziehungskraft, womit *Baader* die Herzen gewann. Nicht minder reichlich drängten sich andere Verpflichtungen an ihn heran. Die Wahl in den Grossen Rath lehnte er ab, ebenso eine Wiederwahl in die Synode, nachdem er ihr drei Jahre lang angehört hatte. Aber in kleinerem Kreise, wo er der Discussion folgen konnte, war er gerne thätig und die glückliche Mischung von nüchterner Urtheilskraft und idealer Begeisterung in Verbindung mit vielseitiger Sachkenntniss machte seine Mitwirkung stets anregend und liess die Erschwerung des Verkehrs mit ihm vergessen. So gehörte er der Inspection der Mädchensecundarschule an, der Commission für Ferienversorgung, ferner einer Reihe von Commissionen für Schulhygieine und für das Turnen der Mädchen. Bei mehreren hervorragenden Schöpfungen hat er von der

---

[1]) Corr.-Bl. 1871, pag. 297.

[2]) Es seien aus der grossen Zahl nur folgende namhaft gemacht: Gerichtsärztliche Mittheilungen 1872, pag. 417 und 441; Zur Aetiologie des Erysipels 1877, pag. 70, 97, 136; Die Specifität der Varicellen 1880, pag. 613 und 649; Ueber Vererbung 1883, pag. 517.



Gründung an mitgewirkt, so bei den Handarbeitsschulen für Knaben, bei der Anstalt für erholungsbedürftige Kinder in Langenbruck.

Mit besonderem Eifer wirkte *Baader* für Alles, was mit den idealen Interessen des ärztlichen Berufes und Standes zusammenhing; als Redactor des Correspondenz-Blattes, als Mitglied der schweizerischen Aerztecommission trat er unermüdlich für die socialen Aufgaben der Medicin ein. Die Hülfskasse für Schweizer Aerzte verdankt ihre Gründung wesentlich seiner Triebkraft und die Förderung auf ihren jetzigen Stand seiner hingebenden Wirksamkeit als Verwalter.

In frischer Erinnerung ist uns, was *Baader* der medicinischen Gesellschaft von Basel gewesen ist von seinem ersten Referate an „über den Entwurf einer Ordnung für die eidgenössischen Medicinalprüfungen“ im April 1879 bis zu seinem letzten Vortrage „über das secret médical“ im Sommer 1887.

Trotz aller Leichtigkeit des Arbeitens konnte *Baader* diese Summe von Leistungen nur bewältigen auf Kosten der Nachtruhe; selten vor Mitternacht, oft erst später hörte er zu arbeiten auf. Rechnet man dazu die Anstrengungen einer starken Praxis, so ist unverkennbar, dass der stets willige Geist fortfuhr, dem Körper zu viel zuzumuthen. Selten gönnte sich der Gesunde eine Ausspannung, wie die Bootfahrt auf dem Rhein bis nach Rotterdam (1882), eine Reise nach Norwegen (1883); meist waren seine Ruhepausen erzwungen durch Krankheitsanfälle, schwere Katarrhe, einmal (1883) eine pyämische Infection, am Ende des vorigen Winters eine Pneumonie. Bei seinen Erholungscuren lernte *Baader* die verschiedenen Curorte für Brustkranke in weitem Umfange kennen; er war deshalb ganz besonders berufen, gegenüber curärztlicher Schönfärberei über Davos und seine Licht- und Schattenseiten ein unparteiisches Urtheil[1]) abzugeben. Einen Theil seiner Eindrücke hat *Baader* in einer Reihe von Correspondenzen[2]) niedergelegt, welche uns mit anschaulicher Frische Lage und Klima der besuchten Curorte, wie das Leben und Treiben ihrer Bewohner schildern. Nicht minder lebendig tritt uns aber auch aus jenen Reisebriefen das Bild des Freundes entgegen, der bei allem Wechsel der Stimmungen und der Gegenden derselbe bleibt in seinem tapfern Humor.

Für die Mahnungen seiner Freunde, die Kräfte nicht so schrankenlos auszugeben, hatte *Baader* stets nur ein skeptisches Lächeln; die Stelle eines Schularztes, welche ihm eine ruhigere Thätigkeit gewährt hätte, schlug er aus. Er wollte — vielleicht musste er — so sein, wie er war, oder nicht sein. Rascher noch, als wir gefürchtet haben, ist die Krisis hereingebrochen, rascher wohl auch als *Baader* selbst geahnt hat. Für die nächste Versammlung der schweizerischen Aerztevereine hatte er noch ein Referat übernommen, für die Sitzung der medicinischen Gesellschaft am 1. März einen Vortrag; da, mitten in der gewohnten rastlosen Thätigkeit erkrankte er an Pneumonie; früh schon zeigten sich Erscheinungen von Herzschwäche und nach sieben Tagen

[1]) Nochmals Davos. Deutsche med. Wochenschr. 1887, pag. 527.

[2]) Gersau 1877, pag. 235 und 295; Glion 1877, pag. 562; Ajaccio 1877, pag. 718, 744; 1878 pag. 89, 216, 471, 504, 661; Weissenburg 1878, pag. 117; Engelberg 1879, pag. 82, 118; Klosters-Davos etc. 1880, pag. 689; Gotthard-Val Piora etc. 1881, pag. 627.

am Abend des 25. Februar trat das tödtliche Ende ein. *Baader* selbst sah in den letzten Tagen mit ruhiger Klarheit dem Unabwendbaren entgegen; ja es klingt wie ein Schimmer resignirter Befriedigung aus seinen Worten: „Grüsst meine Freunde und sagt ihnen, *Baader* habe sich gewehrt, so lange er konnte."

Die Theilnahme, welche sich bei *Baader*'s Tode kundgab, war eine lebhafte und allgemeine; bei aller Entschiedenheit seiner Gesinnung war er nie der Mann einer Partei gewesen. Nach *Baader*'s eigener Verfügung ruht seine Leiche in Gelterkinden, der Heimath, welche ihm immer lieb geblieben ist.

Welche Lücke er in unsern Herzen und in unsern Bestrebungen hinterlässt, das drückt mit wenigen Worten ein hervorragender schweizerischer College aus, indem er uns schreibt: „Da stehen wir allein! *Baader*'s Tod hat uns in vielen Dingen zu Waisen gemacht; er war ein Vater für Viele und für Vieles."

Ja, er hat gewirkt, so lange es Tag war und hat die Ruhe wohl verdient. Wohl ihm, dass ihm vergönnt war, nach Jahrzehnte langem Ringen mit einem tragischen Geschicke mitten im Kampfe unbesiegt, vom Siegen ermüdet zu fallen. An uns Allen ist es, nicht ihn zu ersetzen, aber doch in seine Fussstapfen zu treten. Die Erinnerung an *Baader* wird immer verknüpft sein mit dem Mahnrufe, „die Fahne hoch" zu halten, mit gleichem Idealismus unsern Beruf aufzufassen, mit gleicher Energie für unsere Ideale einzustehen.

Was an unserm Freunde irdisch war, ruhe in Frieden! Es lebe sein Geist!

Anschliessend bringen wir die warmen Freundesworte, die am Sarge des Verstorbenen gesprochen wurden.

Dr. *E. Haffter* von Frauenfeld richtete folgende Worte an die Trauerversammlung:

„Verehrte Collegen! Es wird mir schwer — schwerer, als ich es sagen kann, heute die Pflicht zu erfüllen, welche mir, als derzeitigem Sprecher des ärztlichen Centralvereins zukommt. Wem die Seele voll Leid ist, der möchte — ihrem Zuge folgend — lieber stille sein und Trost und Erhebung bei Andern suchen. Aber bei wem? Wir trauern ja A l l e und der Schmerz, der mich am Grabe des theuren Todten bewegt, ist ein gemeinschaftlicher, und der Hinschied des trefflichen Mannes ist nicht nur ein schmerzlicher Schlag für seine Familie und Nächststehenden, für seine Kranken, sondern auch für die ganze Corporation der schweizerischen Aerzte, speciell für den ärztlichen Centralverein, dessen treuestes und eifrigstes Mitglied er war. In diesem Sarge bergen sie nicht nur einen edlen Menschen, einen vorzüglichen Bruder, einen Arzt und Collegen von seltener Aufopferungsfähigkeit und höchstem Adel der Gesinnung — sondern auch ein erfrischendes und belebendes Element unseres Aerztevereins, dessen Ausfall wir schwer — schwer empfinden werden. Ich sehe ihn, den lieben Freund, dessen reine Seele sich stets auf dem freundlichen Gesichte spiegelte, im Geiste vor mir stehen und höre ihn rufen:

„Fahne hoch! Es ist nur Einer, der fiel!"

Ja, es ist nur Einer, der fiel — aber dieser E i n e vereinigte so viele seltene und vorzügliche Eigenschaften in seiner Person und leistete so Erstaunliches, dass Viele h e l f e n müssen, um die durch ihn zurückgelassene Lücke zu schliessen. Hier ist nicht die Stätte, um seine zahllosen Verdienste um unsern Verein und um das schweizerische Medicinalwesen überhaupt zu analysiren; hier wollen wir uns bescheiden, rückhaltslos dem Schmerze über den Verlust des Freundes und Collegen Ausdruck zu geben; aber aussprechen wollen

wir es: Die Hülle, die sie nun in die Erde versenken, barg eine grosse, eine herrliche Seele; was sie gedacht, gewirkt und angestrebt, wird nicht vergehen; und der Name *Baader* bleibt in der Geschichte des schweiz. Centralvereins mit unauslöschlichen Lettern eingeschrieben, wie ja auch der ideale Gedanke der Schöpfung einer Hülfskasse für Aerzte und seine Verwirklichung auf diesem Namen aufgebaut ist. —

Schlafe, lieber Freund! Ruhe aus von den Stürmen, die das Leben Dir brachte; lass' es ruhen — Dein Haupt, das Du ungebeugt und frei und erhaben jederzeit über alle Wechselfälle des Schicksals getragen hast; Dein ganzes Leben war Arbeit und Sorge für Andere und Vorwärtsblicken nach höhern Zielen und Streben auf dem Boden reiner Menschlichkeit. Du besassest den Muth eines Helden, die Thatkraft eines Mannes, die Vaterlandsliebe eines ächten Sohnes unserer lieben Schweiz und — das Seltenste und Schönste — die Seele eines Kindes. Dein Bild wird uns Allen, die wir Dich zu kennen und zu lieben — denn Dich kennen hiess auch Dich lieben — das Glück hatten, zeitlebens freundlich und erhaben vor Augen schweben und wir geloben hier an Deinem Grabe, vereint alle unsere Kräfte einzusetzen, um dem Ziele näher zu kommen, dem Dein ganzes Leben galt. Wir kämpfen weiter; Du, edler Streiter, ruhe aus vom Kampfe!"

Herr Prof. *Massini* ergriff sodann das Wort:

„Werthe Trauerversammlung! Gestatten Sie auch einem Vertreter der Basler Aerzte einige kurze Worte des Abschiedes von unserm lieben Collegen *Arnold Baader*. Tief erschüttert begleiten wir zur letzten Ruhestätte unsern Freund, unsern liebwerthen Collegen, den treuen Arzt, dessen rastlose Thätigkeit und dessen idealer Sinn uns Allen stets ein Sporn und Vorbild war. Die Fackel edler Begeisterung, welche er hellleuchtend stets hochgehalten, sie ist erlöscht und wenn je von Einem, so gilt von ihm das Wort „aliis serviens ipse consumptus est". Was wir Alle schon längst befürchtet, es ist nun leider viel zu früh hereingebrochen, die irdische Hülle ist den Anstrengungen und Strapazen, welche *Arnold Baader*'s nie rastender Geist ihr zugemuthet hatte, erlegen, und trauernden Herzens sehen wir diese staunenswerthe und vielseitige Arbeitskraft auf immer erlahmt; mit der Waffe in fechtender Hand ist der muthige und für seine Sache begeisterte Kämpfer gestorben, ein reiches Feld menschlicher und ärztlicher Wirksamkeit verwaist zurücklassend.

Was *Baader* als treuer und besorgter Arzt und Berather für seine zahlreichen Kranken war, was er als Bürger auf den mannigfaltigsten Gebieten humaner Bestrebungen geleistet, ein Wohlthäter der Armen und ein Freund des Volkes im besten Sinne des Worts, was er als Redactor des „Correspondenzblattes für Schweizer Aerzte" in wissenschaftlicher Beziehung gearbeitet, was er uns Collegen gewesen ist als Mitglied und Schriftführer der schweizerischen Aerztecommission, als eifriger und unerschrockener Verfechter aller Interessen des ärztlichen Standes, als uneigennütziger Verwalter der schweizerischen Aerztekasse, als treues und unentwegtes Mitglied des ärztlichen Centralvereins und der Basler medicinischen Gesellschaft, das Alles brauche ich Ihnen, werthe Leidtragende, nicht weiter auszuführen, lebt doch des Verstorbenen Wirken in unser Aller Herzen fort und es wird uns stets unvergesslich bleiben. Die Lücke, welche der noch nicht verschmerzte Tod unseres Prof. *Albert Burckhardt* gerissen hat, ist durch den Hinschied *Baader*'s erweitert worden und wird wohl nie ganz ausgefüllt werden. Umsomehr möge *Arnold Baader*'s unermüdliche Arbeitskraft, es möge sein idealer Sinn, mit dem er sich über manche Widerwärtigkeiten des Lebens hinweghalf, es möge seine treue Hingabe an unsern schönen Beruf uns anspornen, seinem Beispiel zu folgen und dadurch sein Andenken zu ehren.

Und nun lebe wohl, lieber College, ruhe sanft von Deiner Arbeit. Du hast einen guten Kampf gekämpft und Dein Andenken wird stets ein gesegnetes bleiben. Dir sei die Erde leicht!"



Original-Arbeiten.

Zur Therapie der Obstipatio chronica.

Vortrag, gehalten im ärztl. Bezirksverein Bern von Dr. med. **Bueler**, Bern.

Tit.! In einer Zeit, wo mit Schweizerpillen und andern mehr oder weniger Geheimmitteln von nichtärztlicher Seite immer noch Millionen verdient werden, mag es nicht unangebracht erscheinen, Ihnen, wenn auch nur in Form einiger Beobachtungen, ein Mittel zur Bekämpfung der Obstip. habitualis in Erinnerung zu bringen, welches an Sicherheit der Wirkung und Dauerhaftigkeit des Erfolges wohl die meisten andern in den Schatten stellt — nämlich die Unterleibsmassage.

Es ist dabei nicht meine Absicht, Ihnen eine abgeschlossene Besprechung dieses Heilverfahrens vorzuführen, zumal dies im hiesigen Bezirksverein vor 3 Jahren schon von Dr. *Niehans* jun. geschehen; Zweck dieser wenigen Worte sei einfach, Ihnen einige persönliche Erfahrungen in diesem Gebiete mitzutheilen.

Die Unterleibsmassage wurde schon von Alters her fleissig angewandt, allerdings, wie ich gleich beifügen will, hauptsächlich zu geburtshülflichen Zwecken. Sie war der einzige geburtshülfliche Eingriff der Griechen und Römer und ist dies noch heute bei den Chinesen und Japanesen, den meisten andern Orientalen und bei sämmtlichen Naturvölkern (weshalb nach *Penn* bei letztern, d. h. den wilden Volksstämmen Amerikas und Afrikas auch nie ein Puerperalfieber zur Beobachtung kommen soll).

Es lag nicht so fern, nachdem man im Gebiete der Geburtshülfe die Bauchmassage als gutes Expressionsmittel kennen gelernt, dieselbe auch gegen die chronische Obstipation anzuwenden. Aufzeichnungen über die Verwendung des Mittels zu letzterem Zweck finden sich jedoch bis auf unsere Tage nur sehr spärliche, was vielleicht daran liegt, dass dieses Leiden zum Theil eine Errungenschaft moderner Cultur, eines wenn auch mit mächtigem Fortschritt einhergehenden, uns doch zu vielem Sitzen verurtheilenden Zeitalters.

Immerhin finden wir schon bei einigen alten Schriftstellern Angaben, die für unser Thema nicht uninteressant sind. So erzählt uns *Hippocrates*, der Altmeister der Medicin, wie er in Elis die Frau eines Gärtners, welche an einer Verhärtung unter dem Nabel litt, durch starkes Reiben und Kneten mit der eingeölten Hand glücklich wiederherstellte. [1])

Galenus (131 n. Chr.) empfiehlt uns Frictiones der Bauchgegend als gutes Mittel gegen Icterus.

Wahrscheinlich lassen sich auch im Mittelalter einschlägige Aufzeichnungen finden — ich will Sie jedoch nicht mit Geschichte belästigen; es genüge mir noch anzuführen, dass auch unser im letzten Jahrhundert berühmte Schweizerarzt *Tissot* in Lausanne (1780) die Unterleibsmassage als Mittel gegen Stuhlverstopfung kannte. Er sagt in seiner Gymnastique médicale: „Wenn man sich alle Morgen im Bette auf den Rücken legt, die Kniee ein wenig in die Höhe hält und den Magen und den Bauch mit einem Stück Flanell reibt, so vermehrt man den Umlauf in allen Eingeweiden des Unterleibes.“ [1])

[1]) *Hünerfauth*, Geschichte der Massage.



Methodisch wurde sie zur Bekämpfung unseres Leidens zuerst angewandt von *Henrik Ling* (geb. 1776, † 1838), dem Begründer der schwed. Heilgymnastik. Derselbe liess nebst den gymnastischen Uebungen an solchen Kranken Reibungen, Knetungen, Walkungen und Erschütterungen des Unterleibes vornehmen.

In den 60er Jahren bemächtigten sich besonders die Franzosen dieser Heilmethode. *Lainé* in seiner Schrift „Du Massage“ (1868 in Paris erschienen) sagt, man müsse dabei mit der einen, linken, Hand nach oben, mit der andern nach unten reiben; dann das Jejunum und Ileum und schliesslich mit der vollen Hand den Dickdarm bearbeiten. Seither sind zahlreiche Publicationen über diesen Gegenstand erfolgt, besonders von deutschen und österreichischen Aerzten, mit welchen ich Sie nicht hinhalten will. Mit jeder Publication wurde die Methode eine complicirtere; jeder Autor glaubte ein Lorbeerblatt zu pflücken, wenn er den alten einen neuen Handgriff, eine neue Bewegung zugesellte. Es genüge, Ihnen hier eine der neuesten technischen Beschreibungen der Unterleibsmassage, die von *Reibmayr*, anzuführen. Derselbe unterscheidet 5 Handgriffe:

1) Mit den Fingerspitzen um den Nabel kreisrunde Scheiben beschreiben — bald stärker, bald schwächer eindringend.

2) Das Gleiche mit dem Daumenballen; Handstellung rechtwinklig zum Vorderarm.

Von diesen beiden Bewegungen nimmt er an, dass sie hauptsächlich reflectorisch in die Tiefe wirken.

3) Beim dritten Handgriff wird mit der flachen Hand gestrichen, wobei die linke unterstützend auf die erste Phalanx der rechten aufgelegt wird. Mehr zur mechanischen Wirkung in die Tiefe, besonders dem Colon entlang.

Der vierte ist ungefähr gleich, nur werden die Streichungen mehr seitwärts gegen die Hüfte zu gemacht.

Der fünfte endlich besteht in einem regellosen Durcheinanderkneten der Eingeweide.

Die neueste Veröffentlichung von *Hünerfauth* (Handbuch der Massage 1887) kehrt mehr oder weniger wieder zu den Manipulationen der Schweden zurück und lässt sich dabei: „Streichung, Knetung, Drückung, Klatschung und Erschütterung“ folgen.

Befürchten Sie nun nicht, dass ich Sie etwa heute mit einer neuen Methode überraschen werde. Ich möchte mich im Gegentheil, und dies ist sogar der Hauptzweck dieser wenigen Worte, als Gegner dieser complicirten Methoden aufwerfen, indem dieselben eine Schablonenarbeit begünstigen, welche in der Hand des Arztes und ganz besonders des Laien dem Heilverfahren als solchem nur zum Nachtheil gereichen kann.

Will man rationell massiren, d. h. in verhältnissmässig kurzer Zeit mit wenig Mühe einen sichern Erfolg erreichen, so muss man hiebei ebenso scharf individualisiren, wie dies bei Anwendung aller übrigen Heilmittel der Fall ist oder wenigstens sein sollte.

Mit andern Worten: „Es genügt nicht, die Diagnose „Obstipatio habitualis“ gestellt zu haben, um gleich nach irgend einer der bekannten Schablonen den

Bauch des Pat. zu bearbeiten, sondern wir müssen uns Rechenschaft geben über die Art, Ursache und event. Localisation des Leidens, um dementsprechend das Heilverfahren in seiner Anwendungsweise zu modificiren.

Ich verfüge über ein allerdings nur kleines Material von ungefähr 20 einschlägigen, von mir mit Massage behandelten Fällen, aber ich glaube nicht, dass ich in 3 derselben das gleiche Recept befolgt habe. Es würde zu weit führen, Ihnen alle die Krankengeschichten hier mitzutheilen, erlauben Sie mir jedoch zur Illustration des Gesagten, Sie gleich an der Hand von zwei der Patienten in Mitte der Massagetherapie hinein zu versetzen.

Frau N., 65 Jahre alt, litt seit Jahren an Stuhlverstopfung, so dass sie immer zu Clysmen ihre Zuflucht nehmen musste. Daneben, abgesehen von einigen Begleitsymptomen der Obstipatio, wie Kopfschmerzen, Wallungen etc., relatives Wohlbefinden. Pat. hat 6 Mal geboren und will dabei immer viel Fruchtwasser und grossen Leibesumfang gehabt haben. Der objective Status ergibt ein nicht aufgetriebenes, eher eingesunkenes Abdomen, schlaffe, beinahe hautige Bauchdecke, welche weder auf Berührung noch thermische Einflüsse, ebenso wenig bei Lachen oder Pfeifbewegungen der Patientin sich gut contrahiren. Die Recti sind kaum herauszufühlen.

Dem gegenüber präsentirte sich mir Herr P., 50 Jahre alt, Bureaulist mit seit Jahren sitzender Lebensweise und ebenso lang an Verstopfung leidend. Dementsprechend hat Pat. auch seit langer Zeit mit geringen Unterbrechungen immer bald salinische, bald vegetabilische Abführmittel gebraucht. Objectiv liess sich eine starke Blähung der Därme constatiren. Das Abdomen contrahirt sich bei der geringsten Berührung bretthart, ist sehr musculös, die Recti in dicken Wülsten herauszuheben. —

Ich möchte diese beiden Krankengeschichten als quasi Schemata für zwei der am häufigsten zur Beobachtung kommenden Formen der Obstipatio habitualis bezeichnen. Die ätiologische Verschiedenheit der beiden Fälle ist eine augenscheinliche. Ich glaube, Sie werden mir beistimmen, wenn ich die Hauptschuld der Constipation beim ersten Patienten auf die mangelhafte Function der Organe schiebe, welche die sogen. Bauchpresse bilden, wenigstens gibt mir der objective Befund für keine andere Ursache Anhaltspunkte, während die Anamnese, die vielen mit starker Dehnung des Unterleibs verbundenen Geburten, meine Annahme kräftig unterstützen. — Wir finden zwar die mangelhafte Function der Bauchpresse in keinem einzigen Lehrbuche als selbstständige Ursache einer chronischen Obstipation angeführt und dennoch muss ich, gestützt auf mehrere unzweifelhafte Fälle, gerade bei ältern Frauen, die oft geboren, und auch bei Männern mit mehr oder weniger ausgesprochenen Hängebäuchen darauf beharren. Beweis dafür ist mir der verhältnissmässig sehr rasche Erfolg einer ausschliesslich auf die Kräftigung der äussern Bauchdecken abzielenden Behandlung. Ich betrachte deshalb, was ich gleich hier bemerken will, die noch heute von verschiedener Seite zur Geltung gebrachte Ansicht, dass auch die Obstipatio chronica wie sämmtliche Störungen in der Function des Darmcanals einzig auf secretorischen Anomalien beruhe, als nicht zutreffend; ebenso Definitionen, wie die von *Hünerfauth* gegebene, es sei die Obstipatio chronica ein Leiden, „dessen wesentlichste Ursache in der Atonie der Darmmusculatur liegt, in der Trägheit oder hochgradigen Herabsetzung der Darmperistaltik, mit der sehr häufig eine Schwächung der Bauchpresse combinirt ist“, als zum allerwenigsten nicht richtig formulirt.

Beim zweiten Patienten, der uns das Bild der Obstipation zeigt, wie Sie es

gewöhnlich bei Leuten finden, die sich wenig oder gar keine körperliche Bewegung gönnen, die vielmehr noch durch ein höchst unrationelles Sitzen die Eingeweide auf einen möglichst geringen Raum in der Bauchhöhle zusammenpressen (*Hünerfauth*), glaubte ich die Ursache der Verstopfung auf Atonie des Darmes schieben zu dürfen. Die Erlaubniss hierzu verlieh mir einerseits der objective Befund, die deutlich aufgeblähten Därme und die in Folge compensatorischen Eintretens für die mangelhaft sich contrahirende Darmmusculatur hypertrophisch gewordene Musculatur der äussern Bauchdecken, anderseits, und nicht in letzter Linie, die Krankengeschichte, welche uns sagte, Pat. habe während Jahren regelmässig Drastica und andere innerliche Abführmittel genommen.

Nach dieser Verschiedenheit der Ursache für die Constipation musste auch die Behandlungsweise eine verschiedene sein — hier mehr auf die Kräftigung der Bauchpresse gerichtet, dort die Wiederherstellung einer bessern Function des Darmes im Auge haltend.

Es wurde also bei Nr. 1 keine lange Zeit mit einer einleitenden Effleurage (= Erste Manipulation bei *Reibmayr* und *Hünerfauth*), um damit die Bauchdecken an den Eingriff zu gewöhnen und recht in die Tiefe dringen zu können, verloren, sondern gleich von vorneherein die die Bauchdecken am empfindlichsten beleidigenden Reize angewandt, d. h. Eindringen mit den Fingerspitzen in der Gegend der Linea alba mit kräftigen queren Streichungen, damit die Recti sich reflectorisch gegen unsern Eingriff wehren. Man dringt dabei mit den Daumen, auf die man das ganze Körpergewicht stützt, zwischen die Recti ein und sucht dieselben durch Streichungen nach aussen auseinander zu drängen, worauf sie mit Contractionen antworten etc. etc.

Uebrigens werden wir uns in solchen Fällen nicht müde massiren, sondern dem Pat. Anleitung zu die entsprechenden Muskeln kräftigenden gymnastischen Uebungen geben, wie uns solche in unendlichen Variationen die schwed. Heilgymnastik bietet.

Daneben werden wir durch ausgiebige Inspirationen den Pat. einen tiefen Zwerchfellstand herbeiführen lehren und auf diese Weise, ohne dass wir uns stark geplagt haben, in kurzer Zeit, wie es bei meinen Pat. der Fall war, die definitive Heilung verzeichnen können.

So ziemlich entgegengesetzt sind die Massagemanipulationen beim 2. Patienten. Hier muss jede brüske Bewegung der Bauchdecken geradezu ausgeschlossen werden, damit die kräftig sich entgegensetzende Musculatur unsere Arbeit nicht illusorisch mache. Nun kommt *Reibmayr*'s erster Handgriff: eine leichte, langsam anzugewöhnende und vorsichtig in die Tiefe dringende Effleurage, zu Ehren. Erst nachdem auf diese Weise Darm und Darminhalt mechanisch bearbeitet, schliessen wir eine mittelstarke Bauchklatschung an, um die glatte Darmmusculatur auf dem Reflexwege direct zu Contractionen zu zwingen.

Ausschliesslich mit diesen beiden Manipulationen wurden 3 meiner Fälle behandelt, die, der eine in 3, die andern 2 in 4—5 Wochen bei 3 Sitzungen wöchentlich zur Heilung kamen.

Es resultirt aus dem angeführten Schema, dass diese Massageschablonen zum

Theil Manipulationen enthalten, die bei gewissen Formen der Obstipation geradezu contraindicirt sind, die unter Umständen einander entgegenarbeiten — wenn nicht schaden, also immerhin als überflüssig weggelassen werden können.

Aber auch in anderer Richtung lässt sich die Methode jeweilen vereinfachen. 3 meiner Patienten, bei welchen neben der Constipatio hauptsächlich dyspeptische Erscheinungen in den Vordergrund traten — bei einem derselben liess sich sogar eine nicht unerhebliche Dilatatio ventriculi herauspercutiren — wurden einfach mit 2 Mal wöchentlicher Massage des Magens behandelt, der übrige Darmtractus blieb unberücksichtigt. Zwei der Fälle waren in Zeit von 4 Wochen von ihren Beschwerden befreit, ein dritter ist gegenwärtig noch in meiner Behandlung und geht langsamer der Heilung entgegen, weil dabei tiefere chronisch-catarrhalische Veränderungen dem Leiden zu Grunde liegen.

Der Erfolg meiner dabei angewandten Therapie überzeugte mich, dass ich nicht mit Unrecht beim vorgelegenen Symptomenbilde die Ursache der Obstipation in mangelhafter Function des Magens suchte (*Nothnagel*, *Leichtenstern*). Inwieweit die Effleurage des Magens die secretorische Thätigkeit beeinflusste, entzog sich hier meiner Controle, jedoch hatte ich das Vergnügen, beobachten zu können, wie die Massage die mechanische Aufgabe des Magens, wenn nicht ganz ersetzen, so zum mindesten sehr kräftig unterstützen kann.

Erlauben Sie, dass ich Ihnen meine diesbezüglichen, an dem Pat. mit Dilatatio ventriculi vorgenommenen Versuche kurz mittheile.

Da der ungefähr 40 Jahre alte Pat. sehr anæmisch war, massirte ich jeweilen $^1/_2$ bis 1 Stunde nach eingenommenem Frühstück. Der Magen war gewöhnlich bei Beginn der Massage noch vollständig angefüllt, was mir die absolute Dämpfung über demselben bewies. Nach etwa 5 Minuten kräftigem, vom Fundus gegen den Pylorus gerichtetem Streichen liess sich meist in der regio epigastrica schon tympanitischer Schall wahrnehmen und, was im Anfang nicht der Fall, bei Succussionen lautes Plätschern. Letzteres verschwand nach ungefähr 5—10 Minuten weiterer Massage, nach welcher Frist meist auch gar keine Dämpfung mehr vorhanden war. Das Ganze traf immer so regelmässig ein und war der Befund so deutlich, dass es sogar dem Patienten imponirte. Ich musste also annehmen, dass der Magen unter dem Einfluss der Massage sich entleert habe. Es interessirte mich nun, das Ganze auf allenfalls unterlaufende Täuschungen zu controliren. Zu diesem Zwecke entleerte ich an zwei verschiedenen Tagen den Magen unmittelbar vor der Massage (also ungefähr 1 Stunde nach dem Frühstück) und fand so ziemlich den grössten Theil der eingenommenen Mahlzeit vor.

Dann machte ich an zwei darauf folgenden Tagen bei gleichem Regime zu der gleichen Stunde den Versuch nach applicirter Massage und konnte jeweilen nichts wie ungefähr 1 Dl. schleimiger Flüssigkeit zu Tage fördern, trotzdem ich beim zweiten Mal, um ja recht sicher zu gehen, eine Ausspülung des Magens anschloss, die mir exact wieder den Liter eingegossenen Vichywassers zurückgab, aber auch genau bis zum Theilstrich und keinen Centiliter mehr. Das gleiche Resultat erreichte ich mit einem dritten Versuche, bei welchem als Frühstück nur ein ganz eingedickter Haferbrei mit Ausschluss jeder Flüssigkeit erlaubt und genossen worden war; die Spülflüssigkeit bot noch den Geruch von Haferbrei, allein Haferreste waren nach der Massage keine mehr zu entleeren.

Hiemit hatte ich den Beweis dafür, dass mit der Magenmassage es uns gelingt, in verhältnissmässig kurzer Zeit grössere Mengen Speisebrei durch den Pylorus zu befördern.

Trotzdem gönnte ich mir noch einen Controlversuch, zu welchem ich durch die von Proff. *Ewald* und *Sivers* in der Augustnummer der therap. Monatshefte publicirten Ex-

perimente angespornt wurde. Die genannten Autoren haben den Befund, dass das Salol im Magen sich nur bei alcalischer Reaction, sonst aber gar nicht zersetzt, sondern erst bei Uebertritt ins Duodenum, d. h. sobald es der Einwirkung des Bauchspeichelsaftes oder anderer alcalischer Drüsensecrete ausgesetzt wird, in Phenol und Salicylsäure sich spaltet, zu diagnostischen Zwecken bei Magenkrankheiten benützt. Ich gab demgemäss meinen Pat. Salol in Dosen von 2,0 und beobachtete, in wie viel Zeit nach Einverleibung des Medicamentes die Salicylursäure im Urin nachweisbar. Der Urin gab die erste Salicylreaction erst nach $1^1/_2$ Stunden, also entsprechend der Dilatatio ventriculi verspätet, da *Ewald* bei Gesunden dieselbe durchschnittlich nach $^3/_4$ Stunden fand. Wurde nun der Magen des Pat. nach Einnahme des Salols während 10 Minuten massirt, so fand sich die Reaction bereits im erstgelassenen Urin vor, d. h. etwa $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden nachher.

Aus diesen Beobachtungen erklärt sich nun vielleicht auch, wie bei obigen Pat. die alleinige Effleurage der Magengegend auf die Obstipatio chronica heilend einwirken konnte, indem ausser den erreichten regelmässigen Entleerungen des Magens, dessen Contractionen dann als rein mechanische Impulse den Darm zu weiterer Thätigkeit anreizten *(van Braam-Houkgeest)*.

Auch in anderer Richtung können wir durch Kenntniss der localen Ursache unseres Leidens das Heilverfahren entsprechend vereinfachen. Ich erinnere Sie nur an die Fälle, wo regelmässig vorhandene Coprostasen in der Gegend des Cœcum, oder am S. Romanum, d. h. über dem Anus tertius nach *Nelaton* Ursache der Obstipatio chronica sind — wie ich dies einige Mal beobachtete.

Bei denjenigen Formen von chronischer Obstipation, welche auf cerebraler oder spinaler Neurasthenie beruhen — wie wir sie häufig bei Hypochondern und Hysterischen finden — zwei meiner Fälle — wende ich mit Vorliebe nur Hautreize an und bin damit zu gutem Resultate gelangt. Es wird also in solchen Fällen die ganze Schablone nur durch eine kräftige Bauchklatschung und folgendes Reiben mit einem trockenen Flanell- oder Frottirtuche ersetzt. Es freute mich, für diesen Behandlungsmodus in einer Notiz von Prof. *Binswanger* über das *Weir-Mitchell*'sche Heilverfahren etwelche Uebereinstimmung zu finden, indem er sagt, dass „gleichmässige, mittelstarke Hautreize den Tonus der Magen-Darmwandung befördere und die Verarbeitung des Speisematerials erleichtere." —

Es sind dies übrigens die Fälle, welche auch für Hydrotherapie oder galvanische Behandlungsweise sehr dankbar sind.

Die hartnäckigsten und auch auf Massage am langsamsten oder gar nicht reagirenden Formen der Stuhlverstopfung sind die, welche ihre Entstehung einer vorausgegangenen allgemeinen oder localen Peritonitis verdanken, wo wir es meist mit vollkommener Lähmung einzelner Darmabschnitte oder dann mit ausgedehnten Adhäsionen zu thun haben. Ich habe diese Patienten nicht in meine Massagestatistik aufgenommen, weil ich dieselben eben nicht ausschliesslich mit Massage behandelte und die Erfahrung hat mich dabei gelehrt, dass auch die übrigen therapeutischen Eingriffe nicht mehr zu leisten im Stande sind, d. h. diese Kranken nur schwer zu heilen vermögen.

Ich möchte deshalb hier empfehlen, so früh als möglich nach Schwund der acuten Peritonitissymptome mit einer leichten Effleurage zu beginnen. Die Gefahr dabei ist entschieden nicht so gross, wie es auf den ersten Blick scheinen möchte.

Dafür spricht mir ein Fall von Perityphlitis, wo bei einem 17jährigen Jüngling nach Genuss von 4 ℔ Trauben in Zeit von 3 Tagen unter heftigen Schmerzen und hohem Fieber über der Ileocœcalgegend eine handgrosse Dämpfung mit entzündlicher Infiltration der äussern Bauchdecken entstanden war, so dass ich an Abscedirung nach aussen dachte und bereits einen event. chirurgischen Eingriff überlegte. Am 5. Tag ging die Temperatur zur Norm zurück und als dann nach weiteren 8 Tagen der Dämpfungsbezirk trotz abnehmender Empfindlichkeit sich nicht verkleinern wollte, begann ich, allerdings sehr vorsichtig, mit einer ganz leichten Effleurage der betreffenden Gegend, die ich jeden Tag ohne Schaden verstärken konnte, und war erstaunt, wie rasch unter dieser Behandlung das Exsudat abnahm. Nach 8 Tagen war jede Dämpfung verschwunden und am 16. Tage seiner Krankheit verliess Pat. das Bett und hat seither nie über irgend welche Beschwerden von Seite des Darmtractus zu klagen Anlass gefunden.

Wenn ich diesen einzelnen Fall auch nicht als maassgebend für das Einschlagen eines neuen Behandlungsmodus aufstellen will, so halte ich doch für nicht unwahrscheinlich, dass eine grosse Menge von nach localen Peritoniten zurückbleibenden Verwachsungen und Darmparesen der allzu grossen Aengstlichkeit des Arztes, d. h. zu langem Liegenlassen des Eisbeutels und zu lang fortgesetzter Darreichung von Opium ihre Entstehung verdanken. Wie die Massage bei acuten Gelenkentzündungen uns Adhäsionen und Verwachsungen verhüten gelehrt, so dürfte sie vielleicht einen Theil dieser Erfahrungen auch den localen Peritoniten zu gut kommen lassen.

Dass diese Verlöthungen nach allgemeinen und localen Bauchfellentzündungen übrigens eine sehr häufige Ursache der Obstipation, bestätigt auch *Hünerfauth*, der sagte, er habe in 15% der ihm wegen chronischer Constipation zugewiesenen Patienten eine vorausgegangene Typhlitis als Ursache der Erkrankung gefunden. Auch er nennt den Erfolg der Massagebehandlung nur dann einen günstigen, wenn „nicht bereits zu lange Zeit nach der Primärerkrankung verflossen“.

Einige, d. h. 3 der Pat. litten, wie dies ja sehr häufig mit der Obstipation sich combinirt, an Hämorrhoidalbeschwerden und da hatte ich besonders bei einem derselben, der starken Blutungen unterworfen war, Bedenken, ob nicht vielleicht die Massage mit den damit verbundenen localen Congestionen diesen Zustand verschlimmern könnte. Dies war jedoch nicht der Fall: die Hämorrhoidalbeschwerden waren bei sämmtlichen Pat. von der ersten Sitzung an wie weggeblasen; es traten während der Behandlung nie Blutungen auf. Die Knoten, und es befanden sich solche von Nuss- bis Halbeigrösse darunter, gingen innert 4 Wochen vollständig zurück und zwar, was mir auffiel, wichen diese Symptome, bevor die Obstipation geheilt war. — Diese Beobachtung hat mich so entzückt, dass ich in Zukunft bei Hämorrhoidariern in erster Linie eine Unterleibsmassage empfehlen werde.

Noch eines, was ich gleich hier anschliessend bemerken möchte, hat mich der Erfolg meiner Therapie gelehrt, dass nämlich die Ursache der Obstipatio chronica nicht so häufig bei einem chronischen Darmcatarrh zu suchen ist, wie dies von *Leichtenstern* und *Nothnagel* hervorgehoben wird. Beweisend dafür ist mir die Thatsache, dass eben die meisten Fälle nach verhältnissmässig wenigen Massagesitzungen zur Heilung kamen und auch bis dato geheilt blieben und zwar ohne dass ich denselben je diätetische Verhaltungsmaassregeln, Anleitung zu fort-

gesetzter Gymnastik, Darmdressur etc. mit auf den Weg gegeben. — Würden hier chronisch-catarrhalische Veränderungen der Darmmucosa den Grund der Obstipation gebildet haben, so müsste einerseits analog wie bei chronisch-catarrhalisch afficirten Schleimhäuten anderer Organe die Ausheilung eine viel langsamere sein und anderseits bei Diätfehlern viel häufiger Recidive eintreten, als dies hier factisch der Fall war.

Diese Erfahrung könnten übrigens auch die Electrotherapeuten unterstützen, welche uns angeben, oft von wenigen Sitzungen dauernde Erfolge bei Obstipatio chronica beobachtet zu haben, so *Erb*, *Rochwell*, *Stein* etc.

Im Ganzen wurden nun von den 20 mit diesen verschiedenen Modificirungen der für die Bauchmassage angegebenen Schablone behandelten Patienten 18 von ihrer Obstipation befreit und sind es bis jetzt geblieben. Ein Fall wurde nach 2 Monaten recidiv. Ganz widerstand unserer Therapie der Pat. mit chronischem Magen-Darmcatarrh und Dilatatio ventriculi, wo die Obstipation noch fortbesteht, die Verdauungsbeschwerden jedoch durch die oben angeführte mit der Massage erreichte periodische Entleerung des Magens verschwanden. Die Heilung nahm durchschnittlich bei 3 Mal wöchentlicher Massage 4—6 Wochen in Anspruch, entsprechend 18—25 Sitzungen. Unangenehme Zufälle sind mir dabei nie vorgekommen. Ich betone dies, weil bei der Discussion des Vortrages von Dr. *Niehans* über dieses Thema von verschiedener Seite auf die Gefahr der Klatschungen und starker Knetungen des Unterleibes aufmerksam gemacht wurde, indem man an den *Goltz*'schen Klopfversuch erinnerte. Ich habe trotz zum Theil sehr intensiver Anwendung dieser Manipulationen nie unangenehme Erscheinungen gesehen, obwohl ich zum Theil Pat. sehr hohen Alters damit behandelte. Wenn man übrigens mitangesehen hat, wie die Wänste dieser alten Kauf- und Rathsherren in den Instituten für schwed. Heilgymnastik nach Noten durchgehauen werden, so verliert man die Aengstlichkeit in dieser Beziehung. Es kommt eben darauf an, wie man klatscht. Wenn man dies mit der Schwerkraft des ganzen Armes thut, dann allerdings wird Ihnen schon der Pat. reclamiren, bevor ein Unglück geschieht; es soll die Klatschung aus dem Handgelenk geschehen und dies muss, so leicht das Massiren im Allgemeinen scheint, doch ein bischen gelernt sein.

Nachdem ich so an der Hand dieser mit Erfolg behandelten Fälle glaube annehmen zu dürfen, dass der Endeffect der Unterleibsmassage nicht nur, wie *Hünerfauth* behauptet, „durch die Gesammtheit der einzelnen Manipulationen“ erreicht werden kann, finde ich noch eine Hauptstütze für meine Annahme in der Analyse der in Frage stehenden Heilmethode. Wir müssen uns eben darüber klar werden, dass die Massage nicht ein einfaches Heilmittel, sondern eine Combination von mehreren das Leiden günstig, oder in gewissen Fällen auch ungünstig, beeinflussenden Factoren ist, die sich zum Theil gesondert anwenden lassen. Es kommt dabei in Betracht und ich setze sie als die wichtigste voraus

1) Die mechanische Wirkung. Dieselbe erstreckt sich nicht allein auf Magen- und Darminhalt, sondern auch auf die Weiterbeförderung resp. Entleerung der Secrete der grossen Darmdrüsen, indem Verstopfungen der Ausführungsgänge etc. etc. beseitigt werden. Diese mechanische Wirkung der Massage bedarf wohl

keines Beweises — sie ist von allen Autoren anerkannt — nur wird sie von den einen in erster Linie, von den andern erst nach der Reflexwirkung hervorgehoben. Zahlreiche Erfolge bei Coprostasen, bei Icterus, wo man Verlegung des Ductus choledochus angenommen (*Busch*, *Hünerfauth*), sogar bei Ileus (*Scabsky*, *Buch*, *Krönlein*), bei Invagination (*Krönlein*, *Gilette*) und Volvulus (*Delpech*, *Zabludowsky*) erhärten diese Thatsache.

Ihr dienen das Kneten und die Streichungen oder Effleurage; ersteres, um die festsitzenden Kothmassen und eingedickten Drüsensecrete von der Umgebung zu lösen, letztere, um dem so beweglich gemachten Inhalte die natürliche Richtung zu geben. — Hauptsächlich der mechanischen Wirkung möchte ich auch die Kugelmassage von Dr. *Sahli* zutheilen.

2) Kommt in Betracht die R e f l e x w i r k u n g. Die Physiologie lehrt uns, dass bei brüsken Berührungen der Bauchdecken die glatten Muskelfasern der Darmwandungen sich contrahiren. *Hünerfauth* bezeichnet dies als Hauptwirkung der Unterleibsmassage. Sie wird hauptsächlich durch eine mittelstarke Klatschung hervorgerufen und es gibt Fälle von Obstipatio chronica, die durch diese Manipulation allein zur Heilung gelangen. Ich erinnere mich z. B. eines Studenten, bei welchem die ungemein musculösen Bauchdecken durch ihre reflectorischen Contractionen jeden andern Eingriff unmöglich machten. Eine 3 Mal wöchentlich vorgenommene Klatschung befreite ihn in Zeit von 8 Wochen von seinem Leiden, welches er umsonst während 5 Jahren durch alle möglichen innern Mittel zu heben gesucht. Seither — es liegt ein Jahr dazwischen — hat Pat. täglich seine normale Stuhlentleerung. — Inwiefern directe Drückung des Plexus cœliacus und hypogastricus, wie sie von einzelnen Autoren empfohlen wird, die Obstipation beeinflusst, habe ich als ungläubiger Thomas zu erproben unterlassen. — Der Befund von *Burkart*, dass bei Dyspepsia nervosa der Plex. hypogastr. sehr empfindlich, dürfte vielleicht zu diesbezüglichen Versuchen anreizen.

3) Haben wir einen t h e r m i s c h e n Effect der Massage zu verzeichnen. Nicht nur hat der Pat. während und nach der Massage im behandelten Organ die Empfindung erhöhter Wärme, sondern es lässt sich diese locale Temperaturerhöhung auch objectiv constatiren. Es wurde von *Mosengeil* in Bonn mit dem *Geissler*'schen Flächenthermometer festgestellt, dass sich durch das Massiren ein Steigen der Temperatur von $^1/_4 - 3^0$ C. erzielen lässt und dass diese vermehrte Wärme noch 3—4 Stunden nach der Massage nachweisbar ist. Hat man den thermischen Effect im Auge, so massirt man trocken, d. h. ohne Einfettung der Theile oder noch besser auf Flanellunterlage oder mit Frottirhandschuhen. — Den thermischen Einfluss auf die Obstipation dürfte uns ein altes Volksmittel, d. h. warme Breiumschläge auf den Unterleib nahelegen; hauptsächlich darauf möchte ich auch viele Erfolge der Hydrotherapeuten schieben.

Endlich — und hier will ich Ihnen erlauben ein Fragezeichen beizusetzen — könnten wir vielleicht gerade bei der Bauchmassage noch von einem chemischen Effect sprechen. Wir wissen, dass durch die Massage, was ja auch die Temperaturerhöhung beweist, rasche Verschiebungen des Blutgehaltes erfolgen. Das Mehr an einer Stelle bedingt ein Weniger anderswo. Gelingt es uns nun auf irgend

eine Weise, z. B. durch Erzeugung starker Hyperæmie der Bauchdecken, Schenkelrollungen, tiefe Inspirationen etc. eine arterielle Anæmie resp. venöse Hyperæmie des Peritonäum zu erwirken, so muss durch das relative Ueberwiegen von CO^2 eine vermehrte Peristaltik der Därme die Folge sein. Ein Analogon dafür ist uns die verstärkte Peristaltik schon bei einer leichten Compression der Aorta, bei psychischen Einflüssen, Angst, Furcht, Examen, wobei vom vasomotorischen Centrum ausgelöste locale Stauungen die Ursache sind; endlich die vermehrte Peristaltik nach Infusionen und Transfusionen in die Venen, in der Agone etc.

Sache des Arztes ist es nun, die jeweilen für die vorliegende Form der Obstipation geeigneten dieser Heilfactoren herauszusuchen, d. h. bald nur auf die Bauchpresse kräftigend, bald mehr mechanisch oder auf dem Reflexwerke oder endlich thermisch zu wirken. Wir können so durch Weglassen unnützer Manipulationen die Schablone der Unterleibsmassage bedeutend vereinfachen, ohne dass, wie meine Fälle es beweisen, die Heilung dadurch verhindert oder verzögert würde.

Damit fallen die Haupteinwände, welche man bis jetzt der Bauchmassage gemacht, dass sie dem vielbeschäftigten Arzt zu viel Zeit raube, ihn sowohl als den Pat. zu sehr ermüde, dahin.

Ein Einwurf freilich wird ihr immer bleiben: dass sie keine elegante Heilmethode sei — glücklicherweise können wir Aerzte uns hiebei mit dem Loos der Diplomaten trösten: Man beurtheilt uns nicht nach dem mehr oder weniger schönen Mittel, sondern nach dem Erfolg und den dürfen Sie, meine Herren, für die Obstipatio chronica mit Vertrauen auf Seite der Massage suchen.

Ueber Missbrauch und Gebrauch von Collyrien.

Von Prof. **Schiess**, Basel.

Während man in der Medicin des Alterthums unter Collyrium eine zähe, salbenartige Masse verstand und *Celsus* in seiner bekannten Schrift de medicina eine ganze Reihe von verschiedenen Collyrien besonders in der Therapie der Augenkrankheiten angibt, die nach Consistenz, Composition oder Autor verschiedene Namen haben, pflegen wir heutzutage mit diesem Namen meistens wässerige Lösungen von Metallsalzen zu bezeichnen, wie sie schon seit Jahrhunderten zum Theil in der Therapie der Augenkrankheiten angewendet werden. —

Im Allgemeinen werden diese Collyrien bei leichteren Augenaffectionen verschrieben und dem Patienten in die Hände gegeben, oft mit sehr vagen Vorschriftsmaassregeln. So kann es denn nicht ausbleiben, dass damit oft viel Schaden angerichtet wird und macht mir eine lange Erfahrung in Behandlung von Augenkranken als Vorsteher einer grossen ophthalmologischen Klinik und Poliklinik wahrscheinlich, dass bei vielen Collegen in der Auswahl und Application dieser Augenwässer der Zufall eine zu grosse Rolle spielt und über die bestimmte Indication zur Application oder Nichtapplication von solchen Collyrien zu wenig bestimmte Regeln bestehen. Es ist aber für den betreffenden Patienten durchaus keine gleichgültige Sache, wann und wie und wie lange ein solches Collyrium

applicirt wird. Im Verlaufe einer und derselben Krankheit kann vielleicht für eine gewisse Zeit oder für einen gewissen Symptomencomplex ein Collyrium sehr gute Dienste leisten, während es vielleicht in einem spätern Stadium schädlich, ja eigentlich verderblich wirken kann. So mag es denn vielleicht den und jenen Collegen erwünscht sein, einige Rathschläge zu vernehmen in einer Sache, die, wenn sie vielleicht einem oberflächlichen Blick wenig wichtig erscheint, doch für die Function eines so zarten Organes, wie das menschliche Auge, eine auch die Zukunft bestimmende entscheidende Bedeutung erlangen kann.

Wenn wir hier nur die in der Schweiz autochthon auftretenden conjunctivalen Affectionen ins Auge fassen, so kommen wohl hauptsächlich 3 Metalle in Frage. Es ist das das Blei, das Zink und das Silber. Beim Blei ist es das essigsaure Salz, beim Zink das schwefelsaure und beim Silber das salpetersaure und in neuester Zeit auch die Chlorverbindung, die am meisten angewendet werden und mag man mutatis mutandis leicht das von mir Gesagte auch auf andere Salze derselben Metalle oder ähnliche Stoffe ausdehnen. In vielen Gegenden ist es wieder das Argent. nitr. und das Zinc. sulfur., die am häufigsten verschrieben werden. Mit diesen 3 Metallen bei verschiedener Dosirung, verschiedener Häufigkeit der Application kommen wir auch in der Regel völlig aus. —

Wo nun sollen Collyrien applicirt werden? Oder wollen wir lieber fragen, wo nicht?

Also niemals im Beginn von Augenentzündungen, niemals bei acuter Conjunctivitis, so lange die Augen sehr roth sind, stark fliessen, besonders nicht, wenn der Augapfel selber roth ist. In dem Initialstadium der Conjunctivitis sind die Antiphlogosen und adstringirenden Umschläge am Platz. Ferner niemals, und das ist eine Hauptsache, wenn Hornhautaffectionen, d. h. frische Hornhautaffectionen da sind, also Infiltrate oder gar Geschwüre. Hier sind die Collyrien verderblich, und ich könnte abschreckende Beispiele anführen, wo Patienten, lange Zeit und mit den verschiedensten wechselnden Collyrien behandelt, mit ganz getrübter Cornea, ausgiebigsten hintern Synechien und noch floriden, tiefen, malacischen Geschwüren zu uns kamen und erst wochenlange Mühe und Sorge endlich die Heilung des Cornealleidens bewirkte und schliesslich nur eine Iridectomie noch ein erträgliches Sehvermögen zu Stande brachte. Man wird hier die Collyrien zu vermeiden haben aus zwei Gründen. —

Sie reizen, vermehren den Schwellungszustand der Conjunctiva; Geschwüre heilen aber nur langsam oder gar nicht, so lange starke Schwellungszustände der Schleimhaut mit starker eitriger oder schmieriger Secretion vorliegen. Alles, was die conjunctivale Schwellung steigert, ist direct schädlich. Anstatt dies einzusehen, wird häufig, wenn das eine Mittel nicht wirkt, zu einem andern ähnlichen gegriffen. — Es können aber die Collyrien noch einen andern Nachtheil haben: das Hornhautgewebe ist seines natürlichen Schutzes, der Epitheldecke, beraubt; es ist allen von aussen her kommenden Schädlichkeiten preisgegeben; die Lösung des Metallsalzes dringt in das Hornhautparenchym ein, kann sich dort zersetzen und ein Depot hinterlassen. Oft wird ein solches durch die vorhandenen Secrete entfernt, hinaus geschwemmt, es kann aber auch zurück bleiben und bleibende Trü-

bungen bedingen; bekanntlich haben die Bleisalze hauptsächlich das Renommé, solche „Incrustationen“ zu hinterlassen; es können aber auch pflanzliche Farbstoffe, die den Collyrien früher sehr häufig und auch jetzt noch beigemischt werden, solche Verfärbungen hinterlassen; ich nenne hier das Laudanum, das ein sehr beliebtes Zusatzmittel zu den verschiedensten Collyrien war und in manchen Kreisen noch zu sein scheint. Ich muss daher jede Application eines Collyriums bei offener Hornhaut als einen Fehler bezeichnen.

Für selbstverständlich halte ich es, dass ein gebildeter Arzt keine Collyrien bei tieferen Leiden, Erkrankungen der Iris, Choroidea etc. anwendet. —

Das eigentliche Feld des Collyriums, des den Patienten in die Hand gegebenen Augenwassers, ist die chronische Conjunctivitis, der chronische Bindehautcatarrh. Aber auch hier müssen wieder bestimmte Regeln der Applicationsweise empfohlen werden; man soll das Augenwasser nicht nur dem Patienten in die Hände geben mit der Weisung, die Augen zu waschen, sondern ihm genau sagen, wie er waschen soll und wie oft. Man muss sich dabei vergegenwärtigen, was man mit dem Mittel erreichen will; man will eine momentane Fluxion in den betreffenden Theilen hervorbringen, bei der sich Stauungen lösen, bei denen Infiltrationen zurückgehen sollen. Das wird nun erreicht, wenn der momentane Reizzustand nur kurze Zeit andauert und eine völlige Ruhepause von einer gewissen Zeitdauer eintritt. Wird schon wieder ein neuer Reiz gesetzt, ehe der alte ausgeklungen, so wird das Uebel, statt gebessert, verschlimmert und die Rückkehr zur Norm, die wir selbstverständlich anstreben, niemals erreicht. Wie man durch tägliche Auspinselungen, wie sie gedankenlos noch in manchen grossen Polikliniken geübt werden, jeden Catarrh monatelang hinhalten kann, so wird auch eine zu häufige Application von Collyrien den lästigen catarrhalischen Zustand verschleppen, bis der Patient endlich zur Ueberzeugung kommt, dass „Nichts“ gut ist für die Augen. —

Wir lassen daher solche Wässer einmal und dann gewöhnlich Abends vor dem Schlafengehen, wo das Auge nicht mehr gebraucht wird, selten mehr als zweimal appliciren und sagen dem Patienten, dass bei heftigerem Brennen kalte Umschläge gemacht werden müssen; es darf sich der hervorgerufene Reizzustand eben nicht verlängern. Im Ganzen ziehen wir die Applicationsweise des directen Auswaschens mit Verbandwatte, die mit dem Waschwasser befeuchtet ist, der Methode des Eintropfens vor.

In welcher Lösung sollen nun die medicamentösen Stoffe gegeben werden? Es sollen die Lösungen nicht zu stark sein: eine $^1/_2$—1- oder $1^1/_2$procentige Zinklösung in einfacher Composition, etwas stärkere Lösungen von Plumb. acet. So vortrefflich die Wirkungen des Argent. nitr. in stärkeren Lösungen oder als Stift in verschiedener Concentration in der Hand des kunstverständigen Arztes sind, so wenig sind wir für seine Application als Collyrium in der Hand des Patienten eingenommen. Die zur Beschränkung der Wirkung des Mittels auf einer bestimmten Partie der Schleimhaut nöthige Neutralisation durch Kochsalzlösung wird vom Patienten in der Regel nicht gemacht werden, kann man von ihm nicht verlangen und so ist die Reizung häufig zu gross. Es wird im Ganzen schlecht vertragen.

— Und doch ist, und zwar aus dem einfachen Grunde, dass eine richtige Application des Mittels durch den Arzt selbst, hier und zwar auch bei acuten Catarrhen glänzende Erfolge erzielt, das Argentum nitricum als Collyrium noch sehr häufig in Gebrauch. Jedenfalls bedarf es einer genauen, verständigen Ueberwachung.

Da in neuester Zeit der Sublimat als Desinficiens in hohem Ansehen steht, konnte es nicht ausbleiben, dass das Hydrarg. muriaticum corrosivum auch in der Form von Collyrien wieder sehr in Aufschwung kam. Ich sage absichtlich wieder; es ist nämlich der Sublimat schon ein altes, geschätztes Mittel gegen Augencatarrh und bildet den wirksamen Bestandtheil der Aqua Conradi, die gegen chronische Catarrhe früher in grossem Rufe stand.

Wir haben den Sublimat schon längere Zeit in einer Lösung von 1 auf 5000 auch bei chronischen Catarrhen angewendet, dann allerdings in etwas häufigen Applicationen, so dass der Patient angewiesen wird, die Augen 3—4 Mal täglich damit zu waschen. In dieser Weise scheint auch dieses Mittel empfehlenswerth. Es gibt ja häufig Fälle, wo man mit dem einen Mittel nicht recht vorwärts kommt und wo man froh ist, noch ein anderes Medicament versuchen zu können.

Niemals versäume man bei lange andauerndem Catarrh mit lästigem Fliessen der Augen auch die Thränenwege einer genauen Untersuchung zu unterziehen. Bei ältern Patienten muss auch bei anfangs ganz einfachen Catarrhen die Hornhaut, deren Epithel in dieser Lebensperiode wenig mehr aushält, genau inspicirt werden, wenn man nicht plötzlich durch ausgebreitete, wenn auch oberflächliche Infiltration und Ulceration überrascht werden soll, die dann sogleich einer andern Therapie rufen. —

Bei schwereren Conjunctivalaffectionen, dem phlyctänulösen Process in seinem vielgestaltigen Auftreten, dem Croup der Bindehaut, der Blennorrhœ fällt die Application von Collyrien überhaupt ausser Frage. —

Vereinsberichte.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Sommersitzung den 9. Juli 1887 im Operationssaale der chirurgischen Klinik im Cantonsspital.[1])

Präsident: Dr. *Seitz* (in Stellvertretung). — Actuar: Dr. *W. Schulthess*.

I. Prof. *Krönlein* stellt eine Reihe operirter Patienten und durch Operation gewonnener Präparate vor.

Da diese Fälle meistens anderweitig literarisch verwerthet werden, verzichtet Vortragender auf ein Referat an dieser Stelle.

II. Geschäftliche Mittheilungen des Präsidiums.

Herr Dr. *Heusser* hat sich zur Aufnahme in die Gesellschaft gemeldet.

Es liegt ferner eine Einladung vor zur Theilnahme am Alcoholcongress. Nach kurzer Discussion wird von einer officiellen Betheiligung abstrahirt, dieselbe aber den Mitgliedern empfohlen. Endlich wird die Frage betr. Beitritt zum Verbande des rothen Kreuzes dem Vorstand zur Berathung überwiesen.

---

[1]) Erhalten den 20. Februar 1888. Red.



1. Wintersitzung den 5. November 1887.

Präsident: Dr. *H. v. Wyss.* — Actuar: Dr. *W. Schulthess.*

I. Prof. *Forel* spricht über **„einige hypnotische Fälle"**.

In früherer Zeit war der Hypnotismus fast nur durch die Vorstellungen der sog. Magnetiseure bekannt, welche sowohl durch die Art und Weise der Erklärung als durch die Ausnutzung seiner Erscheinungen es dazu brachten, dass man den Hypnotismus allgemein als Schwindel betrachtete. *Mesmer* behauptete, dass alle Erscheinungen durch ein magnetisches Fluidum entstünden und durch die Magnetisirkraft des Magnetiseurs hervorgerufen würden.

Später kam *James Braid* und bewies klar, dass die genannten Erscheinungen nur vom Nervensystem des Hypnotisirten herrührten. Er leugnete das Vorhandensein eines Fluidums und gab den Namen „Hypnotismus".

Liebeault (1866) fand theoretisch und practisch das, was wir heute als das Richtige anerkennen müssen. Er behauptete, dass der hypnotische Zustand nichts sei, als ein künstlich producirter Schlaf, der in sofern modificirt werde, als es dabei dem Einschläfernden möglich sei, die Träume künstlich zu leiten. Die Hauptsache sei dabei die Eingebung (Suggestion) der Ideen, welche auch zum Theil im Wachen gelingen kann; in erster Linie die Eingebung des Schlafgedankens durch Hervorrufung der Erscheinungen, die beim Menschen das Einschlafen gewöhnlich begleiten.

Charcot's Erklärung ist jedenfalls nicht zutreffend. Er wollte eine Reihe von Erscheinungen auf directem physikalischem Leitungswege entstanden wissen; z. B. die Lähmung einer Seite des Körpers durch Streichen der entgegengesetzten Kopfhälfte. Er hat zu seinen Versuchen ausschliesslich hysterische Personen benützt, die förmlich in der Hypnose eingeschult wurden, wobei Gewohnheitssuggestion (Autosuggestion) ohne Worte schwer auszuschliessen ist.

Nach der Ansicht des Vortragenden besteht das Hypnotisiren in einer einfachen wirklichen Einschläferung, wobei nur die Fähigkeit, leicht einzuschlafen, und der Willen dazu gehören.

Das Verschwinden nervöser Erscheinungen durch Hypnotisiren ist gewiss in ähnlicher Weise zu erklären wie das Verschwinden irgend eines Schmerzes (z. B. Zahnschmerz, ischiadische Schmerzen) in Folge von grossem Schreck (Feuersbrunst etc.) durch cerebrale Hemmungsvorgänge, hervorgerufen durch intensive Träume. Ist der Krankheitsreiz sehr eingewurzelt, so gelingt es im Allgemeinen nicht, denselben durch Hypnotisiren zu entfernen.

Vortragender demonstrirt hierauf einige Personen, normale und kranke, welche hypnotisirt werden.

I. Fall. Mädchen, 13 Jahre alt. Das Kind leidet an larvirter Epilepsie.

Hier hat die Erfolglosigkeit des Hypnotisirens gerade die obige Diagnose bekräftigt. Der Schlaf, in den die Patientin versetzt wird, ist nur leicht; sie erinnert sich deutlich an alles nachher, obwohl sie unfähig ist, die Augen aufzuthun, den gehobenen Arm zu senken, die zum Drehen gebrachten Hände zum Stillstand zu bringen etc. Sie muss jedem Commando des Vortragenden gehorchen, wacht auch auf Commando auf. Man nennt diesen Zustand „Hypotaxie".

II. Fall. Gesunde Wärterin. Wird hypnotisirt. Der Schlaf ist tiefer als bei Fall I. Obgleich während des Schlafs der Vortragende versuchte, eine vollständige Amnesie zu suggeriren, erinnert sich die Person nach dem Erwachen doch noch an Einzelnes. Es besteht demnach nur partielle Amnesie, die Suggestion hat unvollständig gewirkt. Die Wärterin war vorher erst zweimal hypnotisirt worden.

III. Fall. Knabe, 16 Jahre, war früher ganz intelligent. Vor einiger Zeit fing er an zu Zeiten sich ganz eigenthümlich zu benehmen und zwar während mehrerer Tage, auf ein Mal war er aber wieder vollständig normal und erinnerte sich an die unsinnige Aufführung absolut nicht mehr. Die ganze Krankheitszeit bildete eine völlige Lücke in dem Bewusstsein seines Lebens. In die Anstalt verbracht, zeigte Patient einen ähnlichen,

8 Tage dauernden Anfall. Es handelt sich wohl um epileptisches Irresein und zwar um sog. epileptisches Aequivalent. Dieser Patient verfällt sofort, sogar beim Stehen, in hypnotischen Schlaf. Es genügt, dass Vortragender ihm die Hand vor die Augen hält und sagt „Schlaf". Der Schlaf ist aber so tief, dass die Suggestion nicht wirkt. Patient muss sehr laut angerufen werden, damit er wieder erwacht. Das Hypnotisiren hat bei ihm therapeutisch keinen wesentlichen Erfolg gehabt.

IV. Fall. Gesunde Wärterin, hat an einer hartnäckigen Neuralgie gelitten, nachdem sie einige Zeit auf der Station der Unruhigen postirt war. Hier wurde die Neuralgie durch Hypnotismus geheilt, und blieb geheilt, obwohl die Wärterin stets den gleichen schwierigen Posten zu besorgen hat. Sie schläft sehr tief, gehorcht allen Commandos des Vortragenden, trinkt ein nicht vorhandenes Glas Milch, das ihr suggerirt wird, und dergleichen mehr, wacht auf das stärkste Klatschen nahe beim Ohr nicht auf, sofort dagegen, als Vortragender halblaut ihr das Erwachen befiehlt. Nach dem Erwachen hat sie Alles vollständig vergessen (totale Amnesie).

V. Fall. Potator. Hier wurde durch Hypnotisiren und Suggestion von Abscheu gegen Wein eine merkliche Besserung erzielt. Patient verfällt beim Hypnotisiren in ziemlich tiefen Schlaf, er setzt in sehr komischer Weise die Bewegung der Lippen beim Pfeifenrauchen während des Schlafes fort. Er gehorcht ausserordentlich prompt allen Befehlen des Vortragenden, macht Schluckbewegungen, kratzt sich, wenn ihm das Vorhandensein einer Laus an irgend einer Körperstelle suggerirt wird. Endlich führt er nach dem Erwachen einige Befehle, die ihm Vortragender während des Schlafes beigebracht hatte, aus (posthypnot. Suggestion) mit Ausnahme eines einzigen. Er trägt unter Anderem eine Katze einem der Anwesenden zu. Befragt, warum er das thue, sagt er, „die Katze sei ihm im Weg gewesen". Er hat gar keine Erinnerung und kein Bewusstsein davon, dass diese Handlungen ihm im Schlaf dictirt worden waren. Er glaubt aus freiem Willen zu handeln.

Zum Schlusse erwähnt Vortragender, dass ihm gelungen ist, unter 72 Versuchspersonen 52 mehr oder weniger tief zu hypnotisiren. Dabei hat er nie die geringste schädliche Folge der Hypnose beobachtet, während er vor einigen Jahren, bei einer hysterischen Wärterin, die er mit der alten schlechten Methode des Fixirens eines glänzenden Knopfes hypnotisirt hatte, einen bedenklichen hysterischen Anfall mit Verwirrtheit hervorgerufen hatte, der nur dem Inductionsstrom wich. — Dies beweist, im Einklang mit den neuern Beobachtungen in Nancy, dass es auf die Methode ankommt, die man anwendet, sowie auf etwas Uebung und Sachverständniss.

Discussion. Prof. *Haab* frägt an, wie sich Vortragender zu den Berichten stellt, denen zufolge durch Suggestion die Wirkung eines Blasenpflasters, Diarrhoe, Schweiss, Hautröthung erzielt worden sei.

Prof. *Forel* replicirt, dass er die Versuche *Bernheim*'s als unbedingt zuverlässig hält. Diesem Forscher ist es gelungen, Hautröthe zu suggeriren. Solche Personen, die eine derartige Empfindlichkeit besitzen, werden aber sehr selten gefunden. Dass Diarrhoe und Schweiss durch Suggestion entstehen, ist sehr wohl möglich, da diese beiden Erscheinungen im alltäglichen Leben auch unter psychischem Einfluss entstehen können. Hautröthe und Urticaria sehen wir ebenso auf psychische resp. Nerveneinflüsse hin entstehen. Blasenbildung ist nur äusserst selten beobachtet. *Bernheim* sah sie nur bei einer Somnambüle.

Prof. *Krönlein* frägt den Vortragenden an, ob er geneigt sei, bei einer ältern Patientin mit heftiger Trigeminus-Neuralgie mit oft viertelstündlich sich wiederholenden Anfällen den Hypnotismus zu versuchen.

Vortragender erklärt sich hiezu bereit, erklärt aber zum Vornherein, dass es nach den bisherigen Erfahrungen nicht den Anschein hat, als ob irgendwie tieferliegende Leiden dadurch geheilt, ja nur auch gebessert werden könnten. So hat er auch bei einem periodischen Maniakus ohne allen Erfolg von Hypnotismus Gebrauch gemacht, obwohl die Hypnose gut gelang.



Dr. *v. Monakow* hat zwei Patientinnen mit Hypnotismus behandelt. Die eine litt an einer Brachialisneuralgie, wurde mehrmals hypnotisirt und scheinbar geheilt. Bald nachher trat bei ihr eine Trigeminusneuralgie auf, welche auf dieselbe Art beseitigt wurde. Nach einem schmerzfreien Intervall trat aber wieder die Brachialisneuralgie auf, wich wieder derselben Behandlung, recidivirte aber nach einigen Wochen wieder.

Die andere Patientin litt an Hallucinationen. Auch bei dieser wirkte die Suggestion, aber nur für 14 Tage.

Präsident dankt dem Vortragenden dafür, dass er das vielbesprochene Thema in dieser Versammlung zur Sprache gebracht und in so lichtvoller Weise erläutert hat.

II. Es folgt die Abstimmung über die Aufnahme des Hrn. Dr. *Heusser*. Die Aufnahme erfolgt einstimmig. Das Präsidium theilt mit, dass die Herren Dr. *Fick* und *Pfister* sich zur Aufnahme angemeldet haben.

Referate und Kritiken.

Lehrbuch der Fracturen und Luxationen,

für Aerzte und Studirende bearbeitet von Dr. *Albert Hoffa*. Erste Lieferung. Würzburg, (Stahel) 1888. 240 Seiten.

Ein sehr empfehlenswerthes Buch, zum Studium wie zum Nachschlagen gleich angenehm und für die knappe Form vollständig mit allseitiger Berücksichtigung der Special-Arbeiten, besonders der betreffenden Lieferungen der „Deutschen Chirurgie".

Einen grossen Vorzug bilden die durchweg passend gewählten und ebenso instruktiv gehaltenen zahlreichen Abbildungen. Es gilt dies zumal für die Holzschnitte und die Farbenbilder. Leider wirken einzelne Zinkographien recht störend; sie sind meist der Arbeit von *Bardenheuer* in der „Deutschen Chirurgie" entnommen und theilen den Vorwurf, dass sie zu klein gehalten und daher die charakteristischen Formverhältnisse nur sehr undeutlich wiedergeben, mit den Originalien. Eine Abbildung der topographischen Verhältnisse der motorischen Centren der Hirnrinde wäre bei der Besprechung der Hirncontusion wünschenswerth.

Recht auffallend ist es, wie kurz und undeutlich die *Kocher*'sche Repositions-Methode für Schulter-Luxationen beschrieben ist. Als beste und sicherste Methode ist sie doch jetzt allgemein anerkannt.

Die vorliegende erste Lieferung enthält die Frakturen und Luxationen der Schädel- und Gesichtsknochen, der Wirbel, Rippen und obern Extremität bis zum Ellenbogen.

Kaufmann.

Atlas der Microscopie am Krankenbette.

Von Dr. *Alex. Peyer*. II. Auflage. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart, 1887.

Vor Kurzem ist eine vollständig umgearbeitete und stark vermehrte Auflage des kleinen hübschen Buches erschienen, das schon bei seinem ersten Erscheinen in den medicinischen Kreisen sich so viele Freunde erworben hat. — Der zu einem stattlichen Werke angewachsene Atlas enthält 100 Tafeln mit 137 Bildern in chromolithographischer Ausführung und umfasst in 12 Abtheilungen:

I. Die microscopische Untersuchung des Blutes (3 Tafeln), II. der Milch (1 Tafel), III. des Urins (56 Tafeln), ferner IV. Urethritis (7 Tafeln), V. Spermatorrhoe (8 Tafeln), VI. die microscopische Untersuchung des Inhalts der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle (3), VII. des Auswurfs (12), VIII. des Darminhaltes (4), IX. des Mageninhaltes (1), X. die microscopische Diagnose verschiedener Unterleibsgeschwülste (2), XI. die Microscopie des Secretes der weiblichen Geschlechtsorgane (1), XII. in gedrängter Uebersicht verschiedene pflanzliche Parasiten des Menschen (2).

Die Bilder, mit wenigen Ausnahmen Originalzeichnungen des Verfassers, sind in vorzüglichem Farbendrucke wahrhaft luxuriös ausgeführt; sie bilden selbstverständlich den Kern des Werkes und sind mit der grössten Sorgfalt und naturgetreu gezeichnet. Ihre Ausführung ist durchschnittlich eine sehr schöne. Der begleitende Text, welcher auf der Seite der Bilder angebracht ist und so das zeitraubende und lästige Nachschlagen erspart

berücksichtigt in kurzer, gedrängter Fassung nur dasjenige, was dem Practiker unbedingt gegenwärtig sein muss. Ueber die Entstehungsweise des Buches gibt der Verfasser in der Vorrede selbst Aufschluss. Beim Selbststudium und bei der zur Liebhaberei gewordenen Gewohnheit, microscopische Befunde zu zeichnen, kam der Autor allmälig nach verschiedenen Jahren in den Besitz von ungefähr 400 microscopischen Bildern, deren wichtigste in dem jetzigen Werke niedergelegt sind.

Fast ohne Absicht, allerdings mit bewunderungswürdigem Fleisse, ist so allmälig das vorliegende Buch entstanden und gerade wegen seiner Entstehungsweise ist es ganz besonders geeignet, den Bedürfnissen und Anforderungen der practischen Aerzte zu entsprechen. Der weniger Geübte wird an der Hand dieses Buches sich rasch zurechtfinden, aber auch der Geübte wird sich immer wieder gerne des Buches bedienen, um die Erinnerung aufzufrischen. — Vor dem Erscheinen von *Peyer*'s Atlas existirte kein Werk, welches mit gleicher Vollständigkeit alle diese diagnostischen Hülfsmittel behandelte. Das Buch entspricht einem dringenden Bedürfniss, was schon durch die Thatsache illustrirt wird, dass es bald nach dem Erscheinen in die englische, französische und russische Sprache übersetzt wurde.

Meinungsverschiedenheiten, welche man mit Bezug auf den Text mit dem Verfasser haben könnte, schmälern den Werth des Werkes nicht, das ja in erster Linie ein Atlas ist. Wir vermissen Bilder über die parasitären Hautkrankheiten und etwas stiefmütterlich ist das Capitel über die Microorganismen behandelt. Trotz diesen kleinen Mängeln, welche dem Werke anhaften, halten wir dasselbe für eine ganz vorzügliche Arbeit sowohl in Bezug auf die Reichhaltigkeit, als auch auf die naturgetreue Ausführung der Bilder, und wir empfehlen allen unsern Collegen, welche das so wichtige diagnostische Hülfsmittel nicht entbehren wollen, den *Peyer*'schen Atlas auf's Wärmste.

Herm. Müller.

Deutsche Chirurgie.

Herausgegeben von *Billroth & Lücke.* Lieferung 50^b. Prof. Dr. *Th. Kocher:* Die Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane. Verlag von F. Enke, Stuttgart.

Der vor uns liegende stattliche Band behandelt die Krankheiten des Hodens und seiner Adnexa und der Samenblasen mit wirklich erschöpfender Gründlichkeit und Ausführlichkeit. Zu einer Vergleichung mit der ersten Auflage des Werkes werden wir um so mehr aufgefordert, als in der neuen Auflage vielfach auf die frühere hingewiesen wird. Während letztere 469 Seiten mit 89 Illustrationen aufweist, ist das Werk in seiner neuen Gestalt auf nicht weniger als 640 Seiten angewachsen, und ist mit 174 Holzschnitten illustrirt. Trotzdem betrachtet der Autor in der Vorrede es „als einen Vortheil der neuen Auflage, dass er sich diesmal Zeit genommen habe, sich etwas kürzer zu fassen.“

Worin liegt nun die Beschränkung, und woher kommt es, dass die neue Auflage trotzdem diese Ausdehnung erreicht hat? Da fällt uns zuvörderst auf, dass die Casuistik wesentlich eingeschränkt und vielfach durch Hinweis auf die erste Auflage ersetzt ist. Hat dadurch das Werk an dramatischer Lebendigkeit eingebüsst, so hat es anderseits an Uebersichtlichkeit gewonnen. Immerhin müssen wir gestehen, dass in einem Sammelwerk, in welchem der Practiker sich Rath holen will, gerade casuistisches Material ihm für die Beurtheilung der in der Praxis vorkommenden Fälle besonders werthvoll sein muss. Weitaus der grösste Theil der Vermehrung des Inhaltes kommt auf Rechnung der pathologisch-anatomischen Darstellungen, die der Feder von Prof. *Langhans* in Bern entstammen und als solche besonders bezeichnet sind.

Indem wir im Folgenden eine Uebersicht über den Inhalt des werthvollen Buches geben, werden wir dabei Gelegenheit haben, diejenigen Capitel namhaft zu machen, bei denen eine wesentliche Erweiterung und Bereicherung stattgefunden hat. Jedenfalls hat das ganze Werk eine gründliche Umarbeitung erfahren, so dass kaum ein Capitel aufzufinden wäre, das nicht die bessernde und feilende Hand des Autors erkennen liesse.

Die erste Abtheilung behandelt die Krankheiten des Scrotums, unter denen die Elephantiasis sowohl in ätiologischer als in therapeutischer Hinsicht eine dem heutigen Stande der Kenntniss und der Technik angemessene Umarbeitung erfahren hat.

Was die in der zweiten Abtheilung besprochenen Affectionen der Scheidenhäute anbetrifft, so finden wir bei diesen den diagnostischen Scharfsinn in so exquisiter Weise

auf die Probe stellenden Krankheiten vor Allem eine übersichtlichere Anordnung des Stoffes, welche ein leichteres Zurechtfinden ermöglicht. Die seröse und die hämorrhagische Periorchitis, von welchen namentlich die letztere Gegenstand vielfacher Controversen und eingehender Untersuchungen war, sind in ihrem pathologisch-anatomischen Theil von Prof. *Langhans* bearbeitet. Was speciell die Therapie der Hydrocele anbetrifft, so freuen wir uns, dass *Kocher* gegenüber der Schnittoperation die seit langem geübte Punction und Jodinjection zu ihrem Rechte kommen lässt, nicht ohne eingehende practische Winke über die richtige Ausführung des Verfahrens zu geben. Hätte dasselbe nicht das Unglück gehabt, lange vor der Schnittoperation bekannt gewesen zu sein, wäre es erst nach dieser erfunden worden, so wäre es wohl als ein entschiedener Fortschritt gepriesen worden.

An dieses Capitel reiht sich naturgemäss die Besprechung der Varicocele an.

Am ausführlichsten ist die dritte Abtheilung, welche die Krankheiten des Nebenhodens und des Hodens selbst zum Gegenstand hat, gehalten. Unter den acuten Krankheiten sind neu und von besonderem Interesse die Beobachtungen von Orchitis typhosa und variolosa. Tuberculose und Syphilis des Hodens sind pathologisch-anatomisch, erstere namentlich auch in ätiologischer und bacteriologischer Hinsicht besonders ausführlich behandelt. Unter den Geschwülsten haben Kystom, Carcinom und Sarcom, immer noch Gegenstand zahlreicher Controversen, eine wesentliche Bereicherung erfahren. Namentlich auf Rechnung dieser Capitel kommt die bedeutende Vermehrung des Umfanges des vorliegenden Werkes.

Nachdem in einer vierten Abtheilung die Anomalien der Geschlechtsdrüse sowohl was Bildung und Lage, als auch ihre Funktionen anbetrifft, besprochen sind, bilden den Schluss die Krankheiten der Samenblasen. Eine Reihe neuer Beobachtungen dieser seltenen Erkrankungen sind in dieser fünften Abtheilung enthalten.

Dass die operative Therapie durchwegs voll und ganz auf der Höhe der modernsten Technik steht, ist bei einem Meister in der Antisepsis wie *Kocher*, der unermüdlich an deren Ausbildung arbeitet, nicht anders zu erwarten.

So reiht sich denn der neu erschienene Band in würdiger Weise den bereits vorhandenen Bänden des grossen Sammelwerkes an, und wohl in keinem Falle wird der Practiker vergeblich darin nach Aufklärung und Rath suchen. *Wiesmann*, Herisau.

Cursus der normalen Anatomie des menschlichen Körpers.

Von *G. Brœsicke*. I. Hälfte. Knochen-, Bänder- und Muskellehre. Berlin, 1887. Fischers medicinische Buchhandlung (H. Kornfeld). VII. 229 Seiten. 12 zum Theil farbige Holzschnitte.

Das hier zu besprechende Buch gesellt sich den anatomischen Handbüchern zu, welche, unter Voraussetzung der gleichzeitigen Benützung des *Heitzmann*'schen oder *Henle*schen Atlas den Schwerpunkt in der compendiösen, leicht zu memorirenden Darstellung suchen. Es will nicht mehr sein, als ein Leitfaden zu den für ältere Studirende berechneten Cursen des Verfassers, welcher selbst ausdrücklich davor warnt, auf ein gedankenloses Auswendiglernen desselben ohne Studium am Präparat die Hoffnung eines erfolgreichen Eintrittes in die wissenschaftliche Anatomie zu gründen. Die Anordnung des Buches ist, entsprechend seiner Bestimmung als Hülfsmittel zur Repetition für ältere Studirende und Aerzte keine rein systematische; in dem vorliegenden Theil wechseln die Capitel der Knochen-, Muskel- und Gelenklehre in der Reihenfolge der Körpertheile; es sind topographische und chirurgische Bemerkungen, die über das für den Anfänger Nöthige hinausgehen, dem vorgesehenen Leserkreis des Buches dagegen gute Dienste thun können, eingestreut. Einige schematische Figuren illustriren den Text.

Die Beurtheilung des Buches kann, so lange sie die von dem Verfasser bezeichnete Tendenz im Auge hält, nur eine günstige sein; es wird bei Benützung im Sinne des Autors seinen Zweck erfüllen; bei dieser Art des Gebrauches werden kleine Lücken der Darstellung — beispielsweise die jedenfalls zu kurze Behandlung der allgemeinen Betrachtung des Beckens — nicht stören; bezüglich der Abbildungen kann Ref. sich nicht mit dem auch für ein Schema zu weit gehenden Abweichen von den natürlichen Grössenverhältnissen (Fig. 11) befreunden. In Fig. 1 vermisst er den, auch practisch in Hinblick auf die Existenz von Geschmacksfasern in der Chorda dorsalis in Betracht kommenden Verbindungszweig zwischen dem Ganglion

geniculi A. facialis und der *Jacobson*'schen Anastomose. — Eine andere Frage ist es, ob für ein derartiges Buch, das nach dem Willen des Autors selbst ein Handbuch nicht sein will, die in Frankreich vielfach geübte Form der autographischen Wiedergabe nicht den Vorzug verdient; es kann ja leider nicht in Abrede gestellt werden, dass das von dem Verfasser verlangte selbstständige Studium an Präparaten gerade Seitens der vor dem Examen stehenden ältern Studirenden, die am meisten das Buch gebrauchen werden, oft höchstens im Sinne eines „Einpaukens", aber nicht im Sinne eines wirklichen Studiums durchgeführt wird. Die Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche. *Flesch.*

Die Lungenschwindsucht mit besonderer Rücksicht auf die Behandlung derselben.

Von Dr. *Aufrecht* (Magdeburg). — Pathologische Mittheilungen IV. Heft. Faber, Magdeburg, 1887.

Die 1. Hälfte des Buches (57 pag.) ist der Pathogenese und Aetiologie der Phthise gewidmet; er sucht darin zu beweisen, dass bei der Lungenschwindsucht eine schon kranke Lunge vorausgesetzt werden muss, welche dem Festhaften und der Vermehrung des Tuberkelbacillus dann erst den geeigneten Nährboden liefert. Damit stellt er sich auf einen Standpunkt, der sich gewiss immer mehr als der richtige erweist. Dass vom Autor unter den Gelegenheitsursachen gesteigerte Ansprüche an die Lungenthätigkeit in erster Linie erwähnt werden, wird eher umstritten sein. Auch die *Rokitansky-Brehmer*'sche Definition des phthisischen Habitus vermissen wir ungern.

Aufrecht behandelt die Phthise von Anfang an mit Morphium und Eisen. Sehr beherzigenswerth ist das, was er sagt gegen die von vielen Aerzten gepflegte Mode, die Lungenkranken auch im Winter im ungeheizten Zimmer bei offenem Fenster schlafen zu lassen. Hohes remittirendes Fieber behandelt er selten und dann lieber mit Chinin als mit Antipyrin. Der Leberthran wird sonderbarer Weise aus dem Arzneischatz des Phthisikers verbannt. Mit Grund gestattet er nur kleinere Spaziergänge. Das geringschätzige, übrigens auf keine eigenen Erfahrungen basirte Urtheil über Davos ist entschieden ungerecht. *Siebenmann.*

Ueber das Verhältniss der Tuberculose zu den Geisteskrankheiten.

Von *Th. Buri.* Basler Inauguraldissertation, 1886.

Auf dieses Thema, welches den Engländern und Franzosen geläufiger ist als uns, hat in neuester Zeit *Brehmer* wieder die allgemeine Aufmerksamkeit der Psychiater hingelenkt. Veranlasst durch Prof. *Wille* hat Verfasser hier die in den letzten 10 Jahren im Basler Irrenhaus zur Beobachtung gekommenen einschlägigen Fälle besprochen und seine Resultate sorgfältig verglichen mit denjenigen anderer (und über grösseres Material verfügender) Autoren. In der Basler Irrenanstalt ist Tuberculose relativ selten, indem nur 15,6% sämmtlicher Todesfälle darauf gegründet oder wenigstens damit complicirt waren. In der Mehrzahl dieser Fälle muss die Tuberculose (der Lungen, nicht selten auch der Meningen) als Hauptursache der Psychose angesehen werden. In vielen Fällen ist Tuberculose und Psychose als Ausdruck derselben Constitutionsschwäche anzusehen. Was über die Gruppirung und die specifischen Formen der mit Phthisis complicirten Psychosen gesagt wird, muss in dem umfangreichen (140 S.) Original nachgelesen werden. *Siebenmann.*

Cantonale Correspondenzen.

Basel. Ein complicirter Fall von puerperaler Pyæmie mit 60 Schüttelfrösten; Heilung. Im Archiv für Gynæcologie, Band IX, pag. 326, wird über einen Fall *Ahlfeld*'s referirt, wobei eine Wöchnerin 57 Schüttelfröste gehabt hatte und geheilt wurde. Da sich durch genaue Untersuchungen keine anatomischen Störungen nachweisen liessen, so nahm *Ahlfeld* an, es habe sich bei seiner Patientin, die 69 Tage lang stark fieberte, um eine Thrombose im Beckenraume oder um einen Eiterherd gehandelt, der sich nach innen geöffnet habe.

Im Laufe des Jahres 1887 nun habe ich eine Patientin behandelt, die sich ebenfalls durch eine enorm hohe Zahl von Schüttelfrösten auszeichnete und sonstige Complicationen

darbot, so dass ich den Fall wohl der Veröffentlichung werth erachte, dies um so mehr, als Herr Prof. *Fehling*, welcher als Consiliarius bei demselben zugezogen worden war, mich dazu ermunterte. Als consultirte und behandelnde Aerzte haben auch die Herren Dr. *Courvoisier* und Dr. *Buri* die Patientin gesehen.

Der Fall ist in Kürze folgender:

Frau W., eine junge Frau in der Mitte der 20er Jahre, klein, vollkommen gesund, nicht hereditär belastet, hat ein platt rachitisches Becken ersten Grades. Die erste Geburt fand Ende Mai 1886 statt. Dieselbe dauerte 3 Tage und wurde am Ende des 3. Tages durch mich mit der Zange beendigt. Da die Eröffnungszeit sehr langsam vor sich ging und der Kopf bei dem etwas verengten Becken hoch stehen blieb, sprengte die gewissenlose Hebamme am 3. Tage bei noch kleinem Muttermunde die Blase. Bald schwollen die Muttermundslippen durch den andrängenden Kopf stark an, es trat Fieber von $39{,}5^0$ auf, das Kind starb unter der Geburt ab und ich sah mich im Interesse des Lebens der Mutter genöthigt, die Zange anzulegen, sobald der Kopf im Beckeneingang feststand und sich der Muttermund hinreichend zurückgezogen hatte. Die Zangenoperation liess sich verhältnissmässig leicht ausführen, so dass ich von der Perforation, die ich bei abgestorbener Frucht und Beckenverengerung eventuell in Aussicht genommen hatte, Umgang nehmen konnte. Das Fieber, das sich während der Geburt gezeigt hatte und jedenfalls nur auf die Entzündung des untersten Uterusabschnittes zurückzuführen war, verschwand schon nach wenigen Stunden vollständig. Im Puerperium entwickelte sich eine gutartige Thrombose der linken Vena femoralis mit Schwellung der ganzen Extremität, welche unter fieberfreiem Verlaufe innert 4 Wochen wieder verschwand. Durch einen Landaufenthalt erholte sich Patientin vollkommen.

Die zweite Geburt trat Ende Mai 1887, also blos ein Jahr nach der ersten, ein. Das Fruchtwasser floss schon vor dem Wehenbeginn theilweise ab, wie es bei Beckenverengerung und dünnen Eihäuten sehr häufig ist. Die Lage des Kindes war normal, erste Hinterhauptslage. Die Eröffnung des Muttermundes erfolgte langsam. Als die Geburt schon 36 Stunden gedauert hatte, die Frau recht schmerzhafte Wehen bekam und für das Leben des Kindes zu fürchten war, legte ich bei wohl vorbereiteten Verhältnissen im Beckeneingang in der Narcose die Zange an und entwickelte mit einigen Tractionen ein mittelgrosses, lebendes Kind. In der Nachgeburtszeit trat eine ziemlich starke Blutung ein wegen Atonie des Uterus, die durch kräftiges Reiben und Expression der Placenta gestillt wurde. Immerhin musste der Uterus noch 2 Stunden sorgfältig überwacht werden.

Die Wöchnerin befand sich nun ausser der durch die lange Geburt mit Operation und die Blutarmuth bedingten Schwäche wohl. Verletzungen am Damm oder an den Genitalien waren keine vorhanden. Es sei nebenbei hier bemerkt, dass natürlich alle Vorsichtsmaassregeln in Bezug auf Desinfection ergriffen wurden. Die ersten 7 Tage des Wochenbettes verliefen vollkommen normal.

Es war kein Fieber vorhanden, keine Schmerzempfindung, der Ausfluss nicht übelriechend, der Uterus involvirte sich recht gut. Am 8. Tage dagegen zeigte sich ein Oedem der grossen und kleinen Labien, namentlich auf der rechten Seite; zugleich ergab eine Inspection der Genitalien ein Ulcus mit gelblichem Belag auf der rechten Seite des Scheideneingangs, von der Grösse eines 10 Cts.-Stückes. An diesem Tage trat auch der erste Schüttelfrost ein mit einer Temperatur von 40°. Von nun an wiederholten sich die Schüttelfröste täglich ein-, zwei- und seltener auch dreimal während 6 Wochen, so dass im Ganzen 60 starke Fröste beobachtet wurden, wobei ein blos leichtes Frösteln nie mitgezählt wurde, wodurch sonst eine noch höhere Zahl herausgekommen wäre.

Die Fröste zeigten sich meistens Nachmittags oder Abends, seltener Morgens, und waren stets von einer Temperatursteigerung von 39—41° gefolgt. Doch auch in der Zwischenzeit ging die Temperatur nie spontan auf die Norm zurück. In der 8. Woche hörten die Fröste auf, dagegen hielt das Fieber noch weitere 9 Wochen mit morgendlichen Remissionen an, so dass die Patientin 17 Wochen lang fieberte.

Die Schwellung der äusseren Genitalien verschwand schon nach 3 Tagen und das Geschwür am Scheideneingang heilte auch innert 8 Tagen aus. Dagegen schwoll vom 10. Tage an die rechte untere Extremität stark an und blieb mehr oder weniger während 4 Monaten geschwollen; namentlich war die Schwellung am Fusse sehr hartnäckig. Es

liess sich auch im Verlaufe der Vena femoralis dextra eine Thrombosirung nachweisen, welche noch nach mehreren Wochen gefühlt werden konnte.

In der 4. Woche der Krankheit fing Patientin an zu husten. Der Husten verliess sie erst nach 11 Wochen. Bald gesellte sich zum Husten ein dunkelfarbiger, überaus stark übelriechender Auswurf. Die physicalische Untersuchung ergab auf der linken Seite ein kleines pleuritisches Exsudat, rechts und links auf der Lunge Rasselgeräusche und circumscripte Dämpfungen, stellenweise bronchiales Athmen.

Von Zeit zu Zeit trat auch plötzlich nach einem Froste heftiger Schmerz in der linken oder rechten Schulter ein, ohne dass eine Schwellung der Gelenke wahrzunehmen war oder eine erhebliche Functionsstörung dadurch bedingt wurde. Auch schwollen die Arme und Hände nie an.

Schon während der Schwangerschaft litt die Patientin an einem Blasencatarrh, der während der Krankheit etwas zunahm, doch nach Ablauf derselben mit den übrigen Störungen vollkommen ausheilte. Der Urin enthielt nie Eiweiss.

Im Wochenbett trat auch, fast über den ganzen Körper sich erstreckend, ein bläschenförmiges Eczem auf, das langsam eintrocknete und unter Abschuppung heilte.

Eine mehrmals vorgenommene innere Untersuchung liess keine erheblichen Störungen constatiren; nur eine kleine parametritische Narbe war zu fühlen. Der Uterus bildete sich sehr schön zurück und war nie schmerzhaft.

Der Ausfluss war etwa 12 Tage lang etwas blutig gefärbt, doch nie übelriechend. Das Peritonäum war nie empfindlich, die Darmfunctionen etwas träge.

Am Herzen liess sich nie eine Störung nachweisen.

Der Gang des ganzen Processes war also jedenfalls der, dass am Ende der ersten Woche des Wochenbettes von einem vorhandenen Puerperalgeschwür am Scheideneingang aus, das wahrscheinlich traumatisch bei der Zangenextraction entstanden war und anfänglich gar keine Erscheinungen hervorgerufen hatte, ein Oedem der äusseren Genitalien entstand, dass von hier und vom Ulcus aus eine Fortpflanzung der Infectionsstoffe durch die Lymphbahnen zur Vena femoralis dextra mit Thrombosirung dieser letzteren stattfand und hier der Ausgangspunkt zu den mannigfaltigen Embolien gebildet wurde. Die Emboli setzten sich meistens in den Aesten der Arteria pulmonalis fest und erzeugten dort die Infarcte mit folgenden lobulären Pneumonien. Da die Emboli unzweifelhaft septischer Natur waren, so riefen sie in den Lungen jauchige Entzündungen nach Art der Lungengangrän hervor, die glücklich durch starke Expectoration und narbige Schrumpfung, respective Cirrhosirung ausheilten. Einige wahrscheinlich ganz kleine Emboli passirten den Lungenkreislauf und gelangten durch die Aeste der Art. subclaviæ in die Schultergegenden, ohne hier ausser der vorübergehenden starken Schmerzempfindung weitere Störungen zu verursachen. Die Pleuritiden waren jedenfalls secundär entstanden, indem bei sehr peripherisch in den Lungen gelagerten entzündlichen Infarcten der Pleuraüberzug in Mitleidenschaft gezogen wurde. Wenigstens liessen sich die lobulären Pneumonieen zuerst nachweisen und die Erscheinungen von Seiten der Pleuren traten nachher dazu. Der begleitende Blasencatarrh und das Eczem sind nebensächlicher Natur und hatten auf den ganzen Verlauf des Wochenbetts keinen wesentlichen Einfluss.

Nur nebenbei sei noch erwähnt, dass die Behandlung ausser in gehöriger Desinfection bei der Geburt in kräftiger Diät mit Cognac, Malaga, Bordeaux, Hühnersuppen, Schleim und Milch bestand, dass Eis und kalte Waschungen angewandt wurden und dass medicamentös-symptomatisch verfahren wurde. Es wurde Natr. salicylic., Chinin, Thallin, Antipyrin und Antifebrin verabreicht, wobei sich das letztere als das wirksamste und beste erwies. Gegen den furchtbaren Husten hatte Morph. mit Liq. ammon. anis. in Mixtur den besten Erfolg. Die geschwollene Extremität mit der Thrombose wurde eingebunden und durch Kissen fixirt. Details der Behandlung sind überflüssig, da die antiphlogistischen, roborirenden und narcotisirenden Verfahren zu bekannt sind, als dass sie hier angeführt werden dürften.

Zum Schlusse erlaube ich mir nur noch die Bemerkung, dass ich mir als Motto für mein ärztliches Wirken in alle Zukunft tief die Worte in mein Gehirn einschrieb: Nunquam desperare.

Dr. *C. Vögtli.*

Graubünden. Ein Fall von künstlicher Frühgeburt mit Accouchement forcé. Mitgetheilt der Gesellschaft von Oberengadiner Aerzten in Zuz den 12. Febr. 1888.

Die Frage der künstlichen Frühgeburt hat eine Geschichte, die bis zum Jahr 1756 zurückreicht. Sie fand ihre warmen Vertheidiger und ihre hartnäckigen Bekämpfer und die Frage wurde bald zu einer rein medicinischen, bald einer juristischen, bald einer theologischen und ethischen gemacht und auch heute noch zählt sie immer zu den „klinischen Zeit- und Streitfragen".

Unsere gegenwärtige messerlustige Generation will keinen Werthunterschied zwischen dem Leben der Mutter und demjenigen des Kindes gelten lassen, sondern die künstliche Frühgeburt beseitigt und durch die Sectio Cæsarea ersetzt wissen. Allerdings hat der Kaiserschnitt viel von seinem Schrecken verloren. Antiseptik und moderne chirurgische Schulung haben seine frühere Mortalitätsstatistik um das Dreifache vermindert. Wenn wir das mütterliche und kindliche Leben in einem Tiegel verschmelzen, so ist das Endresultat des Kaiserschnittes für das gewonnene Produkt, den Allgemeinbegriff Mensch, sogar ein besseres, als das der künstlichen Frühgeburt. Die Humanität lehrt uns aber, einen Unterschied zu machen zwischen dem Sein der Mutter und der Frucht. Wie edel, wie schön sagt *Schröder:* „Das Leben der Mutter, von dem der Regel nach das Glück und oft genug auch die Existenz eines ganzen Hausstandes sowie das körperliche und geistige Wohlergehen einer ganzen Kinderschaar abhängen, hat einen unendlich viel höheren Werth, als das Leben eines ungebornen Kindes."

Die künstliche Frühgeburt hat immer noch ihre volle Berechtigung und ist gerade für uns, die wir leider noch durch Berge und mühsame Tagesreisen vom nächsten Spitale getrennt sind, eine wichtigere Operationsmethode als der Kaiserschnitt. Die Letztere würde auch in der Landpraxis gewiss ungleich mehr als 28% resp. 17,5% (speciell bei Beckenenge) Sterblichkeit, wie sie *Credé* neuerdings aufgestellt hat, aufweisen. Das Mortalitätsverhältniss für die Mütter bei der künstlichen Frühgeburt ist aber nur 12%.

Von diesen 12% mag der grosse Theil septischer Infection erlegen sein. In letzterer liegt die Hauptgefahr bei der künstlichen Unterbrechung der Gravidität, namentlich wegen des dabei gewöhnlich so protrahirten Geburtsverlaufes, den vielen Untersuchungen und wiederholten manualen und instrumentalen Eingriffen. Eine scrupulöse Anwendung der Antiseptik sollte aber auch die längst dauernden Geburten gefahrlos gestalten! Je länger sie dauern, desto unverdrossener und pedantischer sollen wir unsere Hände und Instrumente sowie die Genitalien der Kreissenden aseptisch halten. Dann wird es uns stets gelingen, selbst in hygieinisch schlechten Räumen die Sepsis zu bannen. Es wird der Zukunft vorbehalten sein, die Resultate der künstlichen Frühgeburt noch günstiger zu gestalten.

Ich bringe Ihnen nun meinen Fall als einen Beitrag zur Discussion:

Montag den 16. Januar 1888 wurde ich zu Frau B.-Sch. in B. gerufen. 26jährige Mehrgebärende von kleiner, ordentlich kräftiger Statur. Sie stammt aus sonst gesunder, jedoch etwas neuropathisch veranlagter Familie. Sie selbst hat als Mädchen eine Peritonitis durchgemacht und nachher wiederholt an schwerer Chorea gelitten. Erste Menses mit 16 Jahren. Sie hat zweimal geboren, schwer, doch ohne Kunsthülfe. Nach der zweiten Geburt Mastitis, welche zur Atrophie der rechten Brustdrüse führte. Letzte Menstruation Ende Mai. Die Frau erwartet ihre Niederkunft in der zweiten Woche März. In der Schwangerschaft wurde sie mehrmals von hysteroepileptischen Anfällen heimgesucht. Sonntag den 15. Januar bekam sie heftige, wehenartige Schmerzen. Dieselben dauerten fast unaufhörlich fort und wurden nachgerade unerträglich. Meine Untersuchung (Montag Nachts) ergibt: Fundus uteri steht gut drei Querfinger breit über dem Nabel. Frucht in Kopflage, zweiter Stellung. Herztöne handbreit unter dem Nabel in der Linea alba zu hören. Der Uterus neigt stark nach der rechten Seite. Abdomen sehr empfindlich. — Scheide aufgelockert. Straffer Strang rechts. Die Vaginalportion hängt als ca. 1½ cm. langer, weicher Wulst in die Scheide hinein. Oreficium externum für einen Finger geöffnet; innerer Muttermund geschlossen. Uterus ziemlich retrovertirt. Digitalexploration äusserst schmerzhaft. Dreiste Morphiumdosen und wiederholte Anwendung von Chloroform verschaffen der Frau nur momentane Ruhe. Eine zweite Untersuchung zeigt grosse Spannung der Ligamenta rotunda, namentlich des rechten. Unterhalb des Nabels zeigt sich deutlich der Contractionsring. Der quere Einschnitt fällt selbst der Hebamme auf. Eine Verwechslung mit der Harnblase bleibt ausgeschlossen. Diese war kurz vorher mittelst des Catheters entleert worden. Ich hatte also allen Grund, eine Uterusruptur zu

befürchten und entschloss mich daher zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Nach Dilatation des Cervix führe ich, da ich gerade kein Bougie zur Hand hatte, einen Catheter ein. (Dienstag Vormittags 10 Uhr.) Damit keine Luft eintrete, füllte ich denselben mit Sublimatwasser und verschloss dann das Ende mit einem Salicylwattetampon. Bald nach Application des Catheters ändert sich der Zustand der Frau, die Krämpfe hören allmälig auf und machen geordneten Wehen Platz. Um 3 Uhr Nachmittags desselben Tages wechselte ich den Catheter. Beim Versuche, den neuen zwischen Uterus und Eihäuten gehörig in die Höhe zu schieben, perforirte er die Blase und ich lasse durch ihn das Fruchtwasser, zumal ich durch den für einen Finger durchgängigen Muttermund die Nabelschnur vorliegend fühle, nur ganz langsam abfliessen. Die Nabelschnur zieht sich zurück und es liegt jetzt der Kopf vor. Die Wehen dauern fort, aber die Geburt will keine rechten Fortschritte machen. Die folgenden drei Tage lege ich, mittlerweile in den Besitz von Bougies gelangt, successive stärkere Bougies ein. Donnerstag Nachmittags zeigt sich der Cervix fast ganz verstrichen. Der noch etwas wulstige Muttermund ist für zwei Finger durchgängig. So bleibt es trotz Wehenthätigkeit bis Freitag den 20. Januar früh. Da die Herztöne der Frucht schlechter geworden sind und auch die Frau sehr heruntergekommen ist, forcire ich die Geburt. Morgens fünf Uhr wird der Muttermund mittelst einer langen gebogenen Scheere an drei Orten seicht eingeschnitten. Morgens 6³/₄ Uhr hat sich der Muttermund so weit erweitert, dass sich die Löffel der Zange durchbringen lassen. Circa ¹/₄ Stunde später gelingt die Extraction. Das Kind, ein Knabe von 42¹/₂ cm. Länge und 1610 gr. Gewicht lebt. Kopfumfang 29 cm. Die Haut ist faltig, voll Runzeln. Die Fingernägel stehen noch weit zurück. Das Scrotum ist leer. Das Kind macht einen elenden, greisenhaften Eindruck. Nach der Geburt erhält die Frau einige Secalepulver à 0,4 gr. — Lösung der Placenta mit dem *Credé*'schen Handgriff 8¹/₄ Uhr. Nachher kleine intrauterine Sublimatinjection 1,0 : 2000.

Die Mutter machte ein durchaus afebriles und gutes Wochenbett durch und besorgt jetzt wieder ihre Hausgeschäfte.

Das Kind erkrankte an Icterus, war aber relativ immer merkwürdig lebhaft und saugt ganz kräftig. Für gehörige Warmhaltung wurde natürlich zweckmässigst gesorgt. Dem stets in warme Tücher eingehüllten kleinen Wesen spendet ein grosser Engadiner Kachelofen fortwährend strahlende Wärme. Nach 10 Tagen wog das Kind 1850 gr.; es hat also täglich 24 gr. zugenommen. Seither habe ich es nicht mehr gesehen; es soll ihm aber gut gehen.

Nach den von *Ahlfeld* aufgestellten Durchschnittszahlen (*Schröder:* Lehrbuch der Geburtshülfe, 7. Auflage, pag. 55) würde das Kind bei der Geburt der 30. Woche entsprochen haben. Nehmen wir die letzte Menstruation als Ausgangspunkt für die Berechnung des Alters, so erhalten wir die 31.—32. Woche.

Was uns hauptsächlich interessirt, ist das sehr geringe Gewicht. Nach einer mir vorliegenden statistischen Arbeit von *Fritz Hubler* (Berner Inaugural-Dissertation 1885), welche über 71 Fälle von künstlicher Frühgeburt verfügt, wog das leichteste gedeihende Kind 1970 gr.; also doch bedeutend mehr als das unsrige. Es gehört vielleicht unser Fall zu den Seltenheiten.

Samaden. *O. Bernhard.*

Wochenbericht.

Schweiz.

Concordat mit England. Die waadtländische medicinische Gesellschaft hat an das Departement des Innern eine diesbezügliche Eingabe gemacht, worin die Abweisung der Vorschläge Englands empfohlen wird. Die hiefür aufgezählten Gründe sind im Allgemeinen denen von der schweizer. Aerztecommission geltend gemachten conform.

Eidg. Medicinal-Prüfungen. Jahresbericht 1887. Herr Sanitätsrath Dr. *L. Meyer*, Präsident des leitenden Ausschusses, stellt uns in dankenswerther Weise den an das eidg. Departement des Innern erstatteten Jahresbericht zur Verfügung. Wir entnehmen demselben folgendes:

„. . . Im Jahr 1887 hat sich der leitende Ausschuss zu vier Sitzungen vereinigt und zwar je am 14. April, 5., 6., 7. Mai, 19., 20., 21. Mai, 1. und 2. December, sämmtliche

Sitzungen im Bundesrathhause in Bern. In den beiden Maisitzungen hat sich die Behörde ausschliesslich mit der Revision des Reglements beschäftigt.

„... Hieran hat sich die Aufstellung eines besondern Reglements für die Prüfungen der Zahnärzte geschlossen, welche in Folge der im December 1886 durch die gesetzgebenden Räthe erfolgten Annahme eines Gesetzesentwurfs betreffend Ausdehnung des Bundesgesetzes über Freizügigkeit des Medicinal-Personals d. 19. December 1877 auf die Zahnärzte nothwendig geworden ist. Die Aufstellung dieser Bestimmungen hat stattgefunden in der Sitzung einer Special-Commission am 23. und 24. Juni in Bern, an welcher Theil genommen haben die vom h. Departement des Innern hiezu aufgerufenen Herren Prof. *Billeter* von Zürich, Dr. *Debonneville* von Lausanne, Prof. *Redard* von Genf, *A. Rillmann*, Zahnarzt von Basel, *G. Scherb*, Zahnarzt von Bern, *J. Wellauer*, Zahnarzt von Frauenfeld, unter dem Präsidium des Präsidenten des leitenden Ausschusses, *L. Meyer*, Sanitätsrath von Zürich. Es ist Meinung und Absicht gewesen, das Revisionsgeschäft, einschliesslich der Einreihung der die zahnärztlichen Prüfungen betreffenden Bestimmungen vor Ende 1887 zu Ende zu bringen, und die sämmtlichen neuen Einrichtungen vom 1. Januar 1888 ins Leben treten zu lassen. Leider ist es nicht möglich gewesen, dieses Resultat zu erreichen, indem die Redaction der Beschlüsse in Folge des Ausbleibens der Protocolle, das durch fortwährende Indisposition des seither verstorbenen Actuars veranlasst worden war, gänzlich verzögert worden ist. Es hat daher dieses Geschäft auf das Jahr 1888 übergetragen werden müssen.

Im Berichtsjahr ist dem leitenden Ausschuss vom h. Departement des Innern die Begutachtung einer Anregung zugewiesen worden, die von der britischen Gesandtschaft ausgegangen ist und die Aufstellung eines Reciprocitätsvertrages zwischen England und der Schweiz für die Ausübung des ärztlichen Berufes zum Gegenstand gehabt hat. Schon im Jahr 1882 ist die nämliche Anregung von Seite Englands an die Schweiz ergangen, welche dazumal für einstweilen abgelehnt hat. Im Jahr 1886 ist vom britischen Parlament eine Bill als „Medical Act“ angenommen worden, die in der That den ausländischen Aerzten für ihre Berufsausübung in England wesentlich günstigere als die früher bestandenen Bedingungen zusichert. In Folge dessen hat die britische Gesandtschaft die Frage wieder aufgenommen. Der leitende Ausschuss hat sich von einem seiner Mitglieder, Herrn Professor *Olivet* in Genf, ein ausführliches Memorial über diese Frage einreichen lassen und dieses Memorial der in der Conferenz vom 1./2. December über diesen Gegenstand veranlassten Discussion zu Grunde gelegt. In dieser Discussion hat sich die Behörde in eine Mehrheit und eine Minderheit geschieden, zwischen welchen ein Compromiss nicht zu Stande gebracht werden konnte. Die Mehrheit räth entschieden vor jedem Eintreten in die Frage ab, während die Minderheit in der Annahme eines solchen Vertrages Vortheile für die Schweizer Aerzte zu erblicken glaubt. Dem h. Departement des Innern ist von beiden Theilen motivirter Bericht und Antrag eingegeben worden. —

Der leitende Ausschuss hat folgenden principiellen Entscheid gefasst und denselben auch in das neurevidirte Reglement hinübergetragen:

„In Fällen, wo nach Art. 34 des Reglements nach dreimaligem Durchfallen im nämlichen Examenact die Ausschliessung von weiterer Zulassung in Perpetuum hat verfügt werden müssen, ist an dieser Verfügung festzuhalten auch da, wo der betreffende Ausgeschlossene das Pensum wieder von vorn angefangen und durchgearbeitet hat...“

Das medicinische Fachexamen haben mit Erfolg bestanden: *Amiet Cesar*, Canton Solothurn; *Billeter Carl*, Zürich; *Brunner Adolf*, Zürich; *Fick* Dr. *Adolf*, Preussen; *Guyer Otto*, Zürich; *Hämmerli Max*, Aargau; *Krafft Charles Emil*, Zürich; *Morf Jakob*, Zürich; *Siegrist Albert*, Basel; *Suter Johann*, Zürich; *Wedekind Armin*, Nordamerika; *Wichser Jost*, Glarus; *Wunderli Heinrich*, Zürich; *Lardelli Corrado*, Graubünden; *Arnet Xaver*, Luzern; *Machon François*, Neuchâtel; *Baumgartner Otto*, Solothurn; *Grandjean Henri*, Vaud; *Streit Bendicht*, Bern; *Rohr Carl*, Bern; *Roten Albert*, Wallis; *Roth Emil*, Bern; *Bayer Anna*, Böhmen; *de Montmollin Jacques*, Neuchâtel; *Jeanrichard Charles Henri*, Neuchâtel; *Lotz Arnold*, Basel; *Kahnt Moritz*, Basel: *Maser Ernst*, Schaffhausen; *Schäublin Hans*, Baselland; *Hagenbach Carl*, Basel; *Dietheim Rudolf*, Schwyz; *Gersbach Sebastian*, Aargau; *Duvoisin Marc*, Vaud; *Gilbert Valentin*, Genève; *Meylan René*, Vaud; *Testaz Auguste*, Vaud; *Henggeler Adalrich*, Zug; *Stockmann Julian*, Obwalden; *Schwander Emil*, Bern; *Küpfer Friedrich*, Bern; *Petitpierre Léon*, Neuchâtel; *Humbert Paul*, Neuchâtel; *Plüss Gottfried*, Aargau; *Caro Moses*, Preussen; *Calderon Eustorjio*, Mittel-

Amerika; *Heeberlin Hermann*, Thurgau; *Hüppi Severin*, St. Gallen; *Jud Carl*, St. Gallen; *Kraft Adolf*, Aargau; *Ochsner Rudolf*, Zürich; *Schulthess Hermann*, Zürich; *Spiller Ferdinand*, Glarus; *Suchaneck* Dr. *Hermann*, Preussen; *Ullmann Oscar*, Thurgau; *Wedekind Armin*, Nordamerika; *Urich Sebastian*, Aargau; *Welti Emil*, Aargau; *Lerch Hermann*, Bern; *Malles Henri*, Vaud; *von Salis Adolf*, Graubünden; *Güder Ernst*, Bern; *Jaunin Pierre*, Vaud; *Rummel Hans*, Bern; *Alpiger Max*, Zürich; *Bernhard Paul*, Graubünden; *Brauchli Ulrich*, Zürich; *Ettinger Leon*, Rumänien; *Eugster August*, Appenzell A.-Rh.; *Krige Stephen*, Capland; *Melcher Adolf*, Graubünden; *Nolda* Dr. *August*, Preussen; *Roth Wilhelm*, Zürich; *Scherzinger Adolf*, Thurgau; *Schiller Heinrich*, Zürich; *Zimmermann Ernst*, Aargau; *Rumpf Carl Alfred*, Basel; *Fuchs Joseph*, Schwyz; *Meier Emil*, Aargau; *Hägler Carl*, Basel; *Müret* Dr. *Moritz*, Vaud; *Landolt Alkard*, Bern; *Elmiger Franz*, Luzern; *Jenny Franz*, Luzern; *Enz Alois*, Obwalden; *Pradella Carl*, Graubünden; *Geinoz Simon*, Fribourg; *Hansen Carl Christian*, Preussen; *Droz Louis*, Neuchâtel; *Mercier Edmond*, Vaud; *Mayor Alois*, Vaud; *Bétrix Albert*, Vaud.

89 Candidaten erhielten 1887 das eidg. Diplom als pract. Arzt; 8 fernere Candidaten wurden als ungenügend befunden."

Wir ersehen ferner aus dem Bericht, dass ausser dem in den Sitzungen behandelten Material noch 308 weitere Vorkommnisse dieser Behörde zur Entscheidung vorlagen, die meist durch Circularschreiben oder längere Correspondenzen erledigt werden mussten.

Angesichts dieses ganz beträchtlichen Verhandlungsmateriales, das so prompt und glatt erledigt wurde, drücken wir unsere Freude über diese anerkennenswerthen Leistungen aus.

Ausland.

Berichtigung. Wir vernehmen, dass in Jena nicht Prof. *Rosenbach* (wie wir gemeldet haben), sondern Dr. *Riedel*, Oberarzt am Spital zu Aachen, gewählt wurde.

Stand der Infections-Krankheiten.

		Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperalfieber	Parotitis	Ophthalmoblennorrhœa	Variola
Zürich u. Aussengem.	19. II.-25. II.	—	4	—	9	3	2	2	—	—	—	—
	26. II.- 3. III.	1	2	—	8	3	2	1	—	—	—	—
Bern	19. II.-25. II.	1	3	—	—	1	2	—	—	5	—	—
	26. II.- 3. III.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Basel	26. II.-10. III.	65	—	14	2	3	22	13	2	11	—	—

In Basel zeigt der Scharlach wieder eine kleine Zunahme, wobei insbesondere Kleinbasel betheiligt ist, auf welches 29 der angezeigten Fälle treffen; 17 der 65 Erkrankten sind Erwachsene. Bei Diphtherie und Croup sind 16 der Erkrankten in Kleinbasel; auch die 2 Pertussisanzeigen und die Mehrzahl der Varicellenfälle betreffen Kleinbasel.

In eigener Sache.

Bezüglich des Wechsels der Redaction hoffen wir unsern Lesern in nächster Nummer eine glückliche Lösung mittheilen zu können.

Briefkasten.

Alle Correspondenzen erbitten wir uns von nun an unter der Adresse: „Redaction des Correspondenz-Blattes Basel".

Dr. *Ronus*, Zürich: Danke für die Berichtigung.

Aerztetag Lausanne. Wir bitten, die Antworten der ärztl. Vereine auf die Anfrage betreff. Betheiligung an Herrn Dr. *E. Haffter*, Präsident des ärztlichen Centralvereins, in Frauenfeld gelangen zu lassen.

Druckfehler. In *Siebenmann*'s Correspondenz aus München pag. 157, Zeile 8 und 9 von oben soll es heissen: zum Vergleich herbeigezogenen andern Präparaten mit andern pathologischen Processen, welche aber — — sie verursachen können.

Dr. *Hürlimann* bittet uns zu notiren, dass in seiner in der letzten Nummer publicirten Arbeit über Schulhygieine der Name des verdienten Cantonsbaumeisters Gohl irrthümlicherweise in „Kohl" verdreht wurde.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.



CORRESPONDENZ-BLATT

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats.
Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 12. — für die Schweiz, Fr. 14. 50 für das Ausland. Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. C. Garrè,

Docent in Basel.

N°. 7. XVIII. Jahrg. 1888. 1. April.

Original-Arbeiten.

Ueber Ernährung und Dyspepsie im Säuglingsalter.

Vortrag, gehalten in der medicinischen Gesellschaft zu Basel den 1. März 1888 von Prof. **E. Hagenbach-Burckhardt.**

Wenn wir uns die Schwankungen vergegenwärtigen, welche die Anschauungen über die künstliche Ernährung der Säuglinge in den letzten Jahrzehnten durchgemacht haben, so erscheint es mir am natürlichsten, drei Perioden aufzustellen. Die meisten unter uns haben diese drei Perioden mit durchgemacht; manche als Aerzte, die jüngeren unter uns freilich die erste Periode mehr als Säuglinge, waren also mehr Object, als Subject. Diesen wird deshalb weniger als uns älteren bei dieser Gelegenheit wieder einmal klar werden an diesem Theil der practischen Medicin, dass man puncto Wechsel der Anschauungen Allerlei erleben kann, wenn man ein gewisses, nicht einmal hohes Alter erreicht.

Ich gehe mit Besprechung der letzten 20—30 Jahre nicht auf die Zeit zurück, wo die natürliche Ernährung des Säuglings, wenigstens an vielen Orten, recht vernachlässigt worden ist; diese Periode liegt zum Glück noch weiter zurück und vielleicht haben wir heute nur dadurch noch darunter zu leiden, dass die Frauen durch Mangel an Uebung im Stillen für spätere Generationen das Stillen erschwert oder unmöglich gemacht haben.

Die erste der drei Perioden, welche ich die chemische nennen möchte, zeichnet sich dadurch aus, dass man vor Allem den Unterschied in der chemischen Zusammensetzung zwischen Frauenmilch und Kuhmilch hervorgehoben hat und, darauf basirt, bestrebt war, die Kuhmilch durch Verdünnung und durch Zusätze der Frauenmilch ähnlicher und so verdaulicher zu machen. Die Kuhmilch enthält

mehr Caseïn als die Frauenmilch, also muss sie verdünnt werden, sie reagirt meist sauer, also müssen Alkalien zugesetzt werden, sie enthält weniger Zucker, also muss dieser Stoff zugefügt werden.

Bereits vor mehr als 20 Jahren wurden jedoch Stimmen laut, die sich dahin aussprachen, dass die im Ganzen doch nicht so grosse Differenz in dem chemischen Verhalten beider Milcharten nicht das Wesentliche sei und dass eine exacte Zubereitung der Kuhmilchnahrung in dieser Richtung doch nicht über alle Schwierigkeiten hinweghelfe. Ich möchte dies als die zweite oder die physiologische Periode bezeichnen, wo man hauptsächlich hervorhob, dass die Verdaulichkeit des Kuhcaseïns eine andere, für das Kind schwierigere sei, als diejenige des Caseïns der Frauenmilch. Man hat in Folge dessen der Kuhmilch, die als Nahrung für Neugeborene und Säuglinge dienen sollte, Stoffe in bestimmten Verhältnissen beigemischt, die das Kuhcaseïn zu ähnlicher feinflockiger Gerinnung bringen sollten, wie dies bei der Muttermilch der Fall ist. Es sind da hauptsächlich schleimige Mittel gebräuchlich geworden; auch das Lactin gehört hieher. *Biedert* ist dann noch einen Schritt weiter gegangen und hat das Caseïn, das doch zum grösseren Theil unverdaulich ist, möglichst ausgeschlossen, indem er das nach ihm genannte Rahmgemenge in die Praxis eingeführt hat. Ich möchte hier beifügen, dass man schon in dieser Zeit sich lebhaft beschäftigt hat mit den Milchcuranstalten und über deren zweckmässigste Einrichtung. Die Fragen sind von Aerzten viel ventilirt worden, ob die Milch von einer Kuh, oder ob gemischte Milch vorzuziehen sei; man hat sich vom ärztlichen Standpunkt lebhaft dafür interessirt, welche Fütterung am passendsten sei, ob grünes oder dürres Futter besser sei u. dgl. mehr. Man hat ferner seine Aufmerksamkeit darauf gerichtet, ob die Ställe sauber gehalten seien, ob man sich beim Melken sauberer Gefässe bediene; auch wir als medicinische Gesellschaft haben wiederholt Anläufe genommen, von der Wichtigkeit der ganzen Angelegenheit überzeugt, die Milchcuranstalten von uns aus zu überwachen, ja wir wären fast unter die Gründer gegangen; die Sanitätscommission hat sich in neuster Zeit der Sache wieder angenommen, hauptsächlich im Interesse der Säuglinge. — Auch in der Kinderstube hat man sich dafür interessirt, dass die Milch nicht stark sauer reagire, und bei der Darreichung war man darauf bedacht, dass die Milch nur gekocht und zwar stark und wiederholt gekocht verabreicht werde, und dass auch hier grosse Reinlichkeit in Benützung der Gefässe beobachtet werde; so hat man, um nur ein Beispiel zu erwähnen, allmälig die schwer reinzuhaltenden Biberons mit langen Schläuchen entfernt. — Wir alle haben in dieser Periode, die ja bis in die heutigen Tage sich hinein erstreckt, als Aerzte functionirt und sind wohl mit unseren Resultaten nicht übel zufrieden.

Indem wir in Stall, Küche und Kinderstube besorgt waren, die Milch rein und unzersetzt durch Gährungserreger zu erhalten neben der Berücksichtigung einer richtigen Mischung und der geeigneten Zusätze zur besseren Gerinnung des Caseïns, standen wir schon mit einem Fuss in der dritten Periode, die ich die bacteriologische bezeichnen möchte. Ehe wir uns mit dieser etwas näher beschäftigen, darf auch bei einer flüchtigen Charakterisirung nicht unerwähnt ge-

lassen werden, dass man in der eben skizzirten zweiten Periode immer mehr und besonders im zarteren Säuglingsalter die Amylacea fern gehalten hat; man hatte physiologische Bedenken dagegen — schon früher wurde ein anderes Präparat, das vielen von Ihnen nur dem Namen nach bekannt ist und das viele begeisterte Anhänger hatte — die Liebig'sche Suppe — bei Seite gelegt; es war ein wohl ausgedachtes Nahrungsmittel des grossen Chemikers, der die Frauenmilch besonders dadurch nachahmen und ersetzen wollte, dass die plastischen und die wärmebildenden Stoffe darin in einem zutreffenden Verhältnisse vorhanden sind. Die Kuhmilch wurde immer mehr als beste künstliche Nahrung anerkannt, aber in der richtigen Quantität und mit Vermeidung von Ueberfütterungen.

Sehr ausgesprochen ist das heutige Bestreben, in erster Linie darauf auszugehen, die Gährungserreger in der Milch zu zerstören und dabei die Mischungsverhältnisse, das Verhalten des Caseïns in den verschiedenen Milcharten als weniger wesentlich darzustellen. Diese Anschauungen erstrecken sich nicht blos auf die Ernährung bei den Gesunden, auch die ganze heutige Behandlung der Dyspepsie im Säuglingsalter wird von derselben beherrscht. Wenn wir von diesem heutigen Standpunkt aus unsere früheren Erfahrungen über künstliche Ernährung einer Betrachtung unterwerfen, so müssen wir zugeben, dass wir heute Manches begreifen lernen, was uns früher unklar geblieben ist und was wir nicht erklären konnten, so lange wir blos die Mischungsverhältnisse, die Verdaulichkeit des Caseïns u. dgl. als das Ausschlaggebende ansahen. Erlauben Sie mir, da an einige Puncte zu erinnern, die uns Allen ohne Zweifel schon aufgefallen sind und die uns zeigen mussten, dass noch andere Einflüsse von Bedeutung sein müssen.

Wenn wir auch in hunderten von Fällen uns überzeugen konnten, dass die exacte Innehaltung der Vorschriften in Bezug auf Mischung und Zusätze der Milch am sichersten das Gedeihen des künstlich ernährten Kindes förderte, und ein Abweichen von den bekannten Regeln bestraft wurde durch Störungen in der Verdauung, so gaben uns doch wieder andere Fälle viel zu denken, wo schon in den ersten Monaten z. B. unverdünnte Kuhmilch gut ertragen wurde, wo trotz den verpönten dicken Suppen und Breien die erwartete Dyspepsie ausblieb. Solche Thatsachen mit einer besonderen Resistenz gewisser Kindermagen zu erklären, war recht unbefriedigend und eben eine Erklärung, wie wir sie in der Medicin gar oft zu Hülfe nehmen müssen, bis eine bessere sich darbietet im Laufe der Zeit mit der Zunahme der Erkenntniss. Wem ist nicht aufgefallen, wie auf dem Lande und namentlich im Gebirge Säuglinge mit Erfolg künstlich aufgefüttert wurden mit Nahrungsmitteln, die in der Stadt zweifellos schwere, oft lethal endende Dyspepsien herbeigeführt hätten? Ich konnte wiederholt die Beobachtung machen, wie zwei, drei Monate alte Kinder z. B. aus dem Elsass mit Klumpfüssen, Gefässgeschwülsten oder anderen chirurgischen Affectionen uns ins Kinderspital gebracht wurden, strotzend von Gesundheit, obschon täglich vollgepfropft mit Zwiebacksuppen und Mehlbreien. Im Kinderspital wurde bei diesen Kindern eine rationelle Ernährung eingeführt und nicht selten zeigte sich gar bald eine Abnahme an Körpergewicht, ein Blasswerden und das Auftreten von Diarrhœ und Brechen. Wir suchten immer bei solchen Kleinen möglichst den Spitalaufenthalt abzukürzen,

machten überhaupt uns zur Regel, dieselben so viel als möglich poliklinisch zu behandeln. Es war keine ganz seltene Erfahrung und andere Kinderspitalärzte haben mir dieselbe bestätigt, dass Kinder, die längere Zeit im Spital verweilt hatten, mit dem Austritt aus demselben wieder zunahmen unter Nachlass der dyspeptischen Erscheinungen. — Verglichen mit unseren Resultaten in der Privatpraxis, namentlich in den höheren Ständen, mussten diejenigen im Spital als unbefriedigende bezeichnet werden.

Ich habe ferner Jahr für Jahr bei meinen Aufenthalten im Gebirge, in den verschiedensten Bergcantonen der Schweiz mich jedesmal auch für die Ernährung der Säuglinge interessirt und mich oft contre cœur überzeugen müssen, dass unverdünnte Milch, Suppen, diverse Breie schon dem Neugeborenen eingestrichen wurden, ohne dass dieselben anders reagirten, als mit Zunahme des Körpergewichtes und sichtlichem allgemeinem Gedeihen. Wie oft habe ich den sich für diese Frage interessirenden Müttern und auch Aerzten keine andere Antwort geben können, als die, dass wir in der Stadt dies nicht ungestraft versuchen dürften und im Spital noch weniger, so wenig, als wir ungestraft eine mangelhafte antiseptische Behandlung riskiren dürften, die auf dem Lande und im Gebirge noch zu einem günstigen Ausgang führen kann.

Freilich habe ich auch wieder im Gebirge sowohl dyspeptische Säuglinge als schlecht aussehende Wunden beobachten können.

Es ist klar, dass solche Beobachtungen einem die Idee aufzwangen, dass neben der richtigen Zusammensetzung der Nahrung noch andere Dinge von Einfluss sind und natürlich lag es auch für unsere Frage am nächsten, an die Verunreinigung der Luft, der Nahrung mit Microben zu denken. Die relative oder absolute Reinheit von Microorganismen im Gebirge im Gegensatz zu deren Anhäufung in den Städten und ganz besonders in Spitälern, Findelhäusern — zum Theil gehören auch die Krippen hieher — machen die eben mitgetheilten Differenzen zwischen Gebirge und Ebene, Land und Stadt, Aufenthalt ausserhalb und innerhalb eines Spitals erklärlich. Der Einfluss dieser Microorganismen kann durch die rationellste Ernährung, was Mischung und Zusätze zur Milch betrifft, nicht aufgehoben werden; es sind da andere Mittel zur Bekämpfung nothwendig. Dass die Luft im Gebirge reiner ist, als in der Ebene, das wissen wir in exacter Weise durch die Beobachtungen von *Miquel* und *Freudenreich*, nach denen sich in einer Höhe von 2000 Meter ein vollständiges Fehlen von Microben herausstellte; schon in einer Höhe von 560 Metern ist die Luft relativ rein, und über die Anhäufung von Microben in den Spitälern, pathogenen und anderen, fehlt es ja auch nicht an Beobachtungen. Also auch für den zarten Säugling wären von diesem Standpunkt aus die Höhencurorte zu empfehlen.

Ich möchte hier noch eine weitere Beobachtung anführen, die mir schon vor vielen Jahren deutlich zeigte, dass mit der scrupulösesten Milchdarreichung und der rationellsten Mischung nicht Alles gethan ist. So habe ich Fälle beobachtet, wo ich die Ueberzeugung hatte, dass nichts versäumt wurde, was Auswahl der Kuh, was Fütterung derselben, was Reinlichkeit in Geschirren, was Exactheit im Kochen betrifft — letztere Maassnahmen freilich nur reinlich und exact nach da-

maligen Begriffen — und doch wollte das ursprünglich kräftige und gesunde Kind nicht gedeihen. Dass solche Kinder rasch vorankommen in den meisten Fällen, wenn sie eine Amme erhalten, ist früher und heute noch eine anerkannte Thatsache; dass aber dyspeptische Kinder, nachdem sie an das Euter einer Ziege direct gelegt wurden, ebenfalls sogleich gediehen, hat man wiederholt beobachten können und doch hätte man solchen Kindern die unverdünnte Ziegenmilch, die doch wesentlich abweicht von der Zusammensetzung der Muttermilch — auch in Beziehung auf die Caseïngerinnung — nicht in gewöhnlicher Art der Darreichung geben können, ohne dass Nachtheile entstanden wären. Das Kind unseres Schlachthausverwalters, Herrn *Siegmund*, heute ein 9jähriger Junge, war für mich ein frappantes Beispiel. Einerseits war in diesem Fall die Möglichkeit gegeben, dass in der Auswahl der richtigen Kuhmilch und sonst in nichts gefehlt werde und doch anderseits kein Gedeihen bei dem ursprünglich gesunden Kind. Dafür trat sofortige Besserung aller Verdauungsstörungen ein, sowie das Kind die Ziegenmilch sich direct aus dem Euter bezog. Ziegenmilch aus der Flasche ertrug der Knabe nicht. Auch hier musste schon damals angenommen werden, dass auf dem directen Weg der Darreichung dem schädlichen Einfluss gewisser Stoffe auf die Milch ausgewichen wurde, wie man ja überhaupt heute annimmt, dass die natürliche Ernährung des Kindes an der Mutterbrust durch die Art und Weise der Aufnahme der Nahrung im Gegensatz zu der Auffütterung durch die Flasche die günstigen Resultate mit bedinge. Es ergibt sich auch aus der landwirthschaftlichen Erfahrung, dass Kälber, welche mit Milch der Mutterkuh oder mit Mischmilch aus dem Kübel getränkt werden, in den ersten Lebenswochen häufig Diarrhœen ausgesetzt sind; gegen diese gibt es kein besseres Mittel, als das Kalb direct an der Kuh saufen zu lassen. So kommt am Ende in einer vierten Periode der künstlichen Ernährung, wenn da noch von einer solchen kann gesprochen werden, die in Daudet's Nabab als der grösste Pariser Schwindel persiflirte chèvre nourricière wieder zu Ehren.

Doch bleiben wir einstweilen in der dritten Periode stehen und sehen wir zu, wie heutzutage zum Nutzen der Säuglinge an der Saugflasche die Ernährung geleitet und wie die Ernährungsstörungen beseitigt werden müssen. Beginnen wir mit der Bezugsquelle der künstlichen Nahrung, mit den Kuhställen, so haben sich mit den heutigen Anschauungen auch die Anforderungen in dieser Richtung etwas geändert. Von grosser Wichtigkeit zur Erreichung einer guten Kindermilch erschien die Realisirung gewisser bereits berührter Desiderate, die Race der Kühe, die Art der Fütterung u. s. w. betreffend; es wurde, wie gesagt, immer mehr darauf gehalten, dass die Stallverhältnisse günstige seien und in vielen deutschen Städten sind besondere Milchcuranstalten entstanden, mit hohen hygieinischen Anforderungen an Stalleinrichtung und eine richtige Behandlung der Milch vom Augenblick des Melkens bis zur Uebergabe an die Abnehmer.

Wie stellt sich die heutige Medicin dieser practisch wichtigen Frage gegenüber?

„An und für sich, sagt *Soxleth*, ist es gleichgültig, was man füttert, unter den üblichen Verhältnissen der Milchgewinnung findet eine Verunreinigung der Milch

mit Futterbestandtheilen, Kuhexcrementen und anderen Stoffen statt, welche Träger von Gährungserregern sind. Letztere können gutartiger oder bösartiger Natur sein und von der Natur und Menge dieser Gährungserreger wird es abhängen, ob eine Milch gedeihlich oder schädlich ist. Doch spricht sich auch *Soxleth* von seinem Standpunkt aus an einer anderen Stelle für Trockenfütterung aus. Trotz der geübten Reinlichkeit in den eigentlichen Milchcuranstalten kann aber von einer wirklichen Sterilisirung der Milch kaum die Rede sein, wie viel weniger können wir eine keimfreie Milch da erwarten, wo das Abc einer richtigen Stallhygieine und Milchgewinnung noch nicht gelernt ist. Die Unschädlichmachung der Keime in der Milch wird also einstweilen nicht in der Stallung vor sich gehen können, was für das benützende Publicum allerdings das bequemste wäre; bis auf weiteres ist man darauf angewiesen, die Sterilisirung zu Hause vorzunehmen. Reinlichkeit in der Stallung, Art der Fütterung etc. wird dieselbe immerhin unterstützen. Zu diesem Zwecke sind im Laufe der Jahre verschiedene Apparate ersonnen worden, von denen ich Ihnen blos drei zeigen möchte, den *Soltmann*'schen Apparat, wohl allgemein bekannt und in Basel viel in Gebrauch, den *Soxleth*'schen und die Modification von *Egli-Sinclair*. Alle diese Apparate gehen darauf aus, die Milch gehörig zu kochen und dadurch die Gährungserreger zu zerstören und die beiden letztgenannten sorgen zugleich für gründliches Auskochen der dabei verwendeten Gefässe und Utensilien. Wir wenden schon seit Jahren den *Soltmann*'schen Apparat an und haben allen Grund, damit zufrieden zu sein. Es ist natürlich sehr schwer zu sagen, inwieweit die Abnahme in der Säuglingssterblichkeit, die wir in den letzten Jahren im Kinderspital beobachten, damit zusammenhängt; jedenfalls sind die Besserungen, die wir seit Einführung dieses Apparates erzielen, auffallende, während wir früher trotz aller Sorgfalt in Zusammensetzung der Nahrung u. s. w. oft weit zurückblieben hinter den Erfolgen einer gut geleiteten künstlichen Ernährung in der Privatpraxis. Wir haben diese wenig erfreulichen Resultate wohl mit Recht mit der Spitalluft in Zusammenhang gebracht. Viel mehr erreicht *Soxleth* mit seinem Sterilisirungsapparat, der durch Tödtung oder genügende Abschwächung der schädlichen Organismen die Unähnlichkeit der natürlichen mit der künstlichen Ernährung, wenn auch nicht ganz, so doch der Hauptsache nach aufheben will. „Da eine vollständige Sterilisirung der Milch, sagt *Soxleth*, schwierig durchzuführen und mit Umständlichkeiten verknüpft ist, so wird man im Interesse der Anwendbarkeit und Einbürgerung eines dahin abzielenden Verfahrens, sich damit begnügen können, wenn das der Sterilisirung bekanntlich sehr hartnäckig widerstehende Milchsäureferment so weit abgeschwächt wird, dass sich die Milch bei mittlerer Zimmertemperatur 3—4 Wochen ohne zu säuren erhält. Dieser Sterilisirungsgrad wird erreicht, wenn man die Milch in verschlossenen Flaschen 35—40 Minuten bei der Siedetemperatur des Wassers erhitzt.“ Es ist begreiflich, dass der *Soxleth*'sche Apparat wegen seines hohen Preises und seiner Complicirtheit nicht recht in die Praxis einzudringen vermag; *Egli-Sinclair* hat sich deshalb einen ähnlich wirkenden Apparat construirt, der in der That neben grösserer Einfachheit auch Verbesserungen bringt puncto Grösse der Flaschen und Anwendung der Saugspitzen. Diesen letzteren Apparat wenden

wir seit letztem Sommer viel an im Kinderspital und sind im Ganzen mit der Einrichtung und mit den erzielten Resultaten recht zufrieden. Nur möchte ich Ihnen rathen, bei Bestellung des Apparates auch eine gehörige Anzahl Reserveflaschen mitkommen zu lassen, da bei dem langen Kochen das Zerspringen derselben etwas sehr Gewöhnliches ist. Wenn ich auch das Bedenken äussern muss, ob nicht auch dieser einfacher construirte Sterilisirungsapparat immer noch zu complicirt und zu theuer ist für die ärmere Bevölkerung, die doch das Hauptcontingent der Ernährungsstörungen liefert, so stehe ich nicht an, denselben auf Grund vielfacher Erfahrung zu empfehlen und als einen bedeutenden Fortschritt in diesem wichtigen Capitel der künstlichen Ernährung zu begrüssen.

Wenn auch die eben mitgetheilten Anschauungen aus den letzten Jahren über die richtige künstliche Ernährung sehr Vieles für sich haben, so werden Sie doch zur Erkenntniss gekommen sein, wenn Sie diese Frage in der Litteratur der letzten Zeit und namentlich in den Verhandlungen der Section für Kinderheilkunde auf der letzten Naturforscherversammlung in Wiesbaden im Jahre 1887 sich angesehen haben, dass auch heute noch die Ansichten ziemlich weit auseinander gehen. Vergleichen wir aber die Verhandlungen in Wiesbaden mit denjenigen in Salzburg im Jahre 1881 über denselben Gegenstand, so zeigt sich deutlich, wie die Ansichten sich in den letzten 6 Jahren verändert haben und wie die Infectionstheorie in den Vordergrund getreten ist, von der in Salzburg nur mehr beiläufig gesprochen wurde. — Auch mich werden Sie einer auffallenden Sinnesänderung zeihen, wenn Sie meine heutigen Mittheilungen vergleichen mit einem Résumé, das ich vor wenigen Jahren über denselben Gegenstand an derselben Stelle zu geben die Ehre hatte; aber tempora mutantur etc. —

Die beiden Referenten in Wiesbaden repräsentiren die differirenden Anschauungen. Während *Biedert* im Wesentlichen daran festhält, dass die Schwerverdaulichkeit und abnorme Zersetzung des Caseïns die Hauptgefahr bringe für den künstlich ernährten Säugling, hebt *Escherich* hervor, dass der wesentliche Unterschied zwischen der natürlichen und der künstlichen Ernährung weder liegt in der Verschiedenheit der Verdaulichkeit der Eiweisskörper, noch den chemisch-physicalischen Verschiedenheiten der beiden Milcharten überhaupt, so sehr auch diese Verhältnisse selbstverständlich für lebensschwache oder reconvalescente Kinder in Betracht kommen; derselbe liege vielmehr in der habituellen Ueberfütterung der künstlich genährten Säuglinge und in der unvermeidlichen Infection der Kuhmilch mit Spaltpilzen, die durch Vermengung ihrer Stoffwechselproducte mit der Milch oder indem sie mit derselben in den Darmcanal eingeführt, dort ihre schädliche Wirkung entfalten, als Erreger der überwiegenden Zahl der acuten Verdauungsstörungen, insbesondere der die Säuglingssterblichkeit beherrschenden Sommerdiarrhœen angesehen werden darf.

Auf die Gründe, weshalb der Säuglingsdarm diese Invasion von Bacterien nicht bemeistern kann, will ich nicht näher eintreten; nach *E. Pfeiffer* wäre gerade die Alcalescenz des Darms daran Schuld. (Vergl. übrigens *Bunge*, physiologische Chemie pag. 152 über die antiseptische Wirkung der Salzsäure und *E. Pfeiffer*, Referat über die Verdauung im Säuglingsalter bei krankhaften Zuständen, Wiesbaden, 1887.)

Bei einer solchen Divergenz der Meinungen war es begreiflich, dass das Für und Wider in einer sehr lebhaften Discussion zum Ausdruck kam; doch zu einer endgültigen Entscheidung, welche Ansicht die richtige sei, konnte es nicht kommen. Beide Parteien konnten für ihre Ansichten ihre günstigen practischen Resultate vorbringen. Und wenn ich Ihnen kurz meine Ansicht rein vom practischen Erfahrungsstandpunct mittheilen soll, so muss ich gestehen, dass, so sehr ich von der Richtigkeit der Ansicht durchdrungen bin, dass eine richtige Zusammensetzung der Kuhmilch und eine richtige Vermischung mit schleimigen Mitteln nach den Vorschlägen *Biedert*'s, *Jacobi*'s u. s. w. von der wohlthätigsten Wirkung sei für den zu ernährenden Säugling und dies mit zahlreichen Beispielen belegen könnte, so habe ich mich doch auch überzeugen müssen, welch grosse Vorzüge die sterilisirte Milch zeigt gegenüber der bacterienhaltigen, und dass die erstere z. B. auch bei einer weniger starken Verdünnung, als wir bis dahin anzunehmen gewohnt waren, noch gut ertragen wird. Es lohnt sich also wohl der Mühe, die neuen Anschauungen einer genaueren Prüfung zu unterwerfen und möchte ich sehr dazu aufmuntern, nicht bei den exacten Vorschriften über Milchvermischung und Zusätzen stehen zu bleiben, sondern auch für Sterilisirung derselben besorgt zu sein.

Stellen wir uns einmal auf diesen Standpunct, so ist es klar, dass wir die Dyspepsie des künstlich ernährten Säuglings, die Sommerdiarrhœen, die Cholera infantum, zum grossen Theil als Folge von Zufuhr gährungsfähigen Ernährungsmaterials ansehen müssen.

Die Behandlung der Kinderdyspepsie wird also heute eine wesentlich antibacterielle sein müssen und da möchte ich nur ganz in Kürze auch diese practisch wichtige Frage berühren.

Bei der heutigen Behandlung der Dyspepsie der Säuglinge treffen zwei moderne Behandlungsweisen zusammen, die bereits angedeutete antibacterielle und die locale. Die Behandlungsmethoden der Säuglings-Darmkrankheiten gehen auf eine Unschädlichmachung der Microorganismen im Darme hinaus; mit der Darreichung der Nahrung, mit den Magenspülungen von *Ebstein*, mit den Darmspülungen, mit der Anwendung von Medicamenten wird man bedacht sein, dieser Indication zu genügen. Wenn man darauf ausgeht, durch mechanische Behandlung der Dyspepsie auf den Leib zu rücken, so wird man wohl dem Magen einerseits und dem Dickdarm andrerseits direct beikommen, den functionell und klinisch wichtigsten Theil des ganzen Darmrohres, den Dünndarm, wird man auf diesem Wege nicht erreichen.

Erlauben Sie mir, dass ich Ihnen kurz mittheile, wie *Escherich*, der Hauptvertreter der antiseptischen oder antibacteriellen Heilmethoden, sich da die richtige Ernährung vorstellt. Es muss nach ihm dieselbe so eingerichtet werden, dass an diesem sonst unnahbaren Darmabschnitt keine Gährung entstehe. Nun weiss man, dass es gerade die Kohlenhydrate sind, vor Allem der Zucker, der, so lange er nicht der Resorption verfallen ist, der Angriffspunct ist einer auf Bacterien beruhenden Zersetzung. Gestützt darauf sucht *Escherich*, um dem Auftreten und den Producten dieser abnormen Gährung entgegen zu treten, in der Durchführung der Eiweissdiät das wichtigste Hülfsmittel zur Sistirung dieser Gäh-

rung und der dadurch hervorgerufenen Symptome. *E.* empfiehlt deshalb das Eiweisswasser, das *Kemmerich*'sche Pepton, also Zufuhr eines ohne weitere Umwandlung resorbirbaren oder im Darmsaft löslichen Eiweisskörpers, um den Ablauf der sauren Gährung und die weitere Vermehrung der dieselbe bewirkenden Bacterien im ganzen Bereich des Darmcanals zu sistiren. Ich füge hier gleich an, dass *E.* auch auf den Dickdarm einzuwirken sucht durch eine entsprechende Diät und hier kommt die von *Garrè* auf der letzten Versammlung der Schweizer Aerzte hier in Basel ausgesprochene Idee über die Antagonisten unter den Bacterien zur practischen Verwerthung. Es schlägt nämlich *E.* vor, um die alcalische Gährung im Dickdarm zu bekämpfen, da gerade Zucker als Heilmittel zu geben, damit eine saure Gährung angeregt werde; in solchen Fällen wären also gerade Zucker, stärkemehlhaltige Substanzen, Kindermehle und schleimige Mittel anzuwenden. Bei der Nahrungsauswahl für Kinder mit Darmstörungen komme es also sehr auf die Reaction der Darmcontenta an; wo saure Reaction stattfindet, da wäre Eiweissnahrung, wo alcalische Reaction, da wären Kindermehle u. dgl. am Platze. Ueber diese theoretischen Erörterungen möchte ich mir einstweilen kein Urtheil erlauben; es sind da ausgiebige practische Erfahrungen am Krankenbette und in der Kinderstube zunächst abzuwarten.

Dagegen nur noch einige Worte über die *Ebstein*'schen Magenspülungen und über die heute in den Vordergrund getretenen medicamentösen Mittel zur Bekämpfung der Kinderdiarrhœen.

Die Magenspülungen wurden von *Ebstein*, dem Director des Findelhauses in Prag in die Therapie der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter eingeführt, zum Zweck, den Magen zu entlasten von unverdauten und unverdaulichen Speisemassen und giftig wirkende Zersetzungsproducte zu entfernen; nach den heutigen Anschauungen würde es sich wesentlich handeln um ein antibacterielles Mittel. Die Ausspülungen sind in allen Fällen indicirt, wo die Erkrankung an Stellen localisirt ist, die dieser Methode zugänglich sind und wo dieselbe auf abnorme Gährungsprocesse zurückzuführen ist. Als Spülflüssigkeit kann reines Wasser genommen werden, aber auch desinficirende Flüssigkeit, wie 3% Natronbenzoïcumlösung wird gebraucht. Zur Spülung bedient man sich des bekannten Trichterapparats, natürlich Alles in kindlichen Dimensionen, die Menge der einzuführenden Flüssigkeit kann schwanken zwischen 50 und 200 grm. Die Spülungen müssen täglich vorgenommen werden, bis die Dyspepsie verschwunden ist. Wir bedienen uns seit einiger Zeit häufig dieses Mittels und können nur in das Lob, das demselben auf der Naturforscherversammlung in Wiesbaden von vielen Seiten, ich nenne u. a. *Demme*, *Biedert*, *Lopey*, *Ranke* — gezollt wurde, aus eigener Erfahrung einstimmen. Bei Kindern, die unzweckmässig ernährt sind, wo das Brechen das Hauptsymptom ist, da konnten wir eine Sistirung der Dyspepsie schon nach den ersten Spülungen wahrnehmen. Also auch die Anwendung dieses Mittels, das in der Ausführung einfach ist und auch weniger peinlich erscheint als bei vielen Erwachsenen, möchte ich Ihnen angelegentlich empfehlen.

Wenn wir die Richtigkeit der eben angeführten Ideen prüfen an den in solchen Verdauungsstörungen angewandten Medicamenten, also einen Schluss machen ex

juvantibus, so werden Sie mir zugeben, dass die Anschauung, es handle sich in der Kinderdyspepsie und vor Allem bei der Cholera infantum, bei den Sommerdiarrhœen wesentlich um eine bacterielle Störung, auch dadurch an Wahrscheinlichkeit gewinnt. So lange ich mich mit der Behandlung dieser Erkrankung beschäftige, habe ich das Calomel unter den vielen Heilmitteln, die mit den verschiedensten Indicationen verabreicht worden sind, als das werthvollste schätzen gelernt und in neuerer Zeit hat sich, wie mir scheint, an Zuverlässigkeit demselben angeschlossen das Bismuthum salicylicum, dessen Wirkung gewiss ebenfalls als eine antibacterielle anzusehen ist. So sind neben einer richtigen diätetischen Behandlung, die auch heute noch obenan zu stellen ist, und die hauptsächlich in Beschränkung der Nahrung und namentlich der Milchnahrung besteht, die Spülungen des Magens und des Dickdarms, das Calomel und Bismuth. salicylicum — mit Naphthalin habe ich weniger günstige Erfahrungen gemacht — bei uns im Kinderspital zu einer hauptsächlichen Anwendung in der Behandlung der Magen- und Darmstörungen im ersten Kindesalter gekommen.

Monoplegia brachialis mit Sensibilitätsstörungen.

Von Dr. E. **Perregaux** in Montreux.

A. B., Landarbeiter, 70 Jahre alt, Franzose (Chaufaux, Schweizergrenze), kam Ende November 1887 in meine Sprechstunde mit der Angabe, er könne seit vergangener Nacht den rechten Arm nicht mehr ordentlich gebrauchen. Anamnese ergibt, dass Patient das jüngste Kind einer sehr zahlreichen Familie ist, deren andere Mitglieder alle schon gestorben sind. Ueber etwaige Krankheiten seiner Eltern und Geschwistern weiss er nichts anzugeben. Mit Ausnahme einer Pockenerkrankung will B. als Kind immer gesund gewesen sein. In seinem 50. Jahre soll er eines Abends unwohl nach Hause gekommen sein und bis in den späten Morgen geschlafen haben. Beim Erwachen konnte er nur mit Mühe sprechen, auch hätten ihn die Nachbarn auf die schiefe Stellung seines Mundes aufmerksam gemacht. Diese Symptome verschwanden nach einigen Tagen.

Was die jetzige Erkrankung betrifft, so habe Patient heute beim Ankleiden bemerkt, dass der rechte Arm viel schwächer wie der linke wäre, und dass er ihn nur mit Mühe und sehr ungeschickt brauchen könne. Status lautet:

B. ist ein magerer, kräftig gebauter Mann, dem sein Alter wohl anzusehen ist. — Die Untersuchung der inneren Organe ergibt normale Resultate: Herztöne normal, aber schwach (keine Geräusche). Leicht atheromatöse Entartung der Radialis und Temporalis superficialis.

Der Kranke hält den rechten Arm in leichter Ellbogenflexion in Mittellage zwischen Pro- und Supination an den Körper herangezogen. Handgelenk und Finger ebenfalls leicht flectirt. Wie ich nun den Mann seine Blouse und Weste ausziehen lasse, will das Aufknöpfen gar nicht gelingen, die dazu nöthigen Bewegungen (rechts) werden ungeschickt ausgeführt, es existirt kein Maass zwischen diesen ausgiebigen Bewegungen und der zu liefernden Arbeit. Noch mehr ist aber dies beim Aufknöpfen des Hemdes der Fall. Die groben Bewegungen selbst beim Ausziehen gehen viel besser vor sich. Das Schultergelenk des rechten Arms ist frei, wird aber Patient aufgefordert, den Arm über die Schulter hinaus zu heben (Serratus ant. ?), so geschieht dies etwas langsam. Im Ellbogengelenk lässt sich der Vorderarm activ und passiv leicht beugen und strecken, pro- und supiniren; dagegen wird das Handgelenk schwer flectirt (activ), noch mehr ist dies bei den Fingern der Fall, Beugung, Streckung gehen hier schwer vor sich, am meisten haben die Daumenbewegungen gelitten; es macht den Eindruck, als wäre die rechte Hand lange dem Einfluss der Kälte ausgesetzt gewesen. — Händedruck ist rechts schwächer als links, die grobe Kraft des rechten Arms ist, wie es scheint, erhalten.



Die nun zu schildernden Anomalien beziehen sich nur auf den rechten Vorderarm und zwar gelten sie wohl für dessen dorsale als volare Seite und die rechte Hand; es existirt kein Unterschied zwischen den verschiedenen Nervengebieten in dieser Beziehung.

Die Haut ist auf Druck und Berührung fast unempfindlich, Kopf und Spitze einer Nadel werden überall nur schwer von einander unterschieden, Patient lässt sich mehrmals berühren, ehe er sich aussprechen kann. Die Algesie ist ebenfalls herabgesetzt, und erst tiefes, energisches Stechen ruft eine Empfindung hervor (dieselbe ist aber weder verlangsamt noch pervers). Die Analgesie erstreckt sich auch auf die tiefer liegenden Gewebe, so kommt es denn, dass Faradisation der Vorderarmmusculatur, die in dieser Intensität für einen Gesunden unerträglich wäre, beim Patienten wenig Schmerz hervorruft. Eine Störung des Temperatursinnes ist unter diesen Umständen bestimmt zu erwarten und zwar ist dieselbe so ausgesprochen, dass es Patienten erst bei Berührung eines mit kochendem Wasser gefüllten Reagensgläschens gelingt, eine richtige Angabe zu machen. Es wurde vorher schon recht heisses Wasser als kalt bezeichnet.

Der Muskelsinn hat auch sehr gelitten, denn wird die Flexorengruppe des Vorderarms durch den electrischen Strom zur Contraction angeregt, so kann sich Patient darüber nicht recht klar werden, ob sein Vorderarm gebeugt oder gestreckt wird. Ferner können Hand und Fingern die verschiedensten Lagen gegeben werden, ohne dass Patient dazu aufgefordert, dieselben Bewegungen mit der linken Hand nachahmen kann.

Wie steht es schliesslich mit dem Tastsinn? Auch dieser ist bei weitem nicht normal, denn während es dem Patienten keine Mühe kostet, verschiedene Gegenstände (Uhr, Messer, Münze), die ihm in die linke Hand gegeben werden, durch Betasten sofort richtig zu erkennen, nimmt das gleiche Experiment rechts viel mehr Zeit in Anspruch, um gewöhnlich ein falsches Resultat zu geben.

Auf der rechten Körper- und Kopfhälfte sind sonst keine Anomalien zu constatiren, besonders sind Gehör, Gesicht, Geruch und Geschmack normal.

Zusammenfassend handelt es sich um die Deutung und Gruppirung folgender Symptome:

Parese des rechten Vorderarms, besonders aber der Hand und Finger. (Dieselbe nimmt überhaupt also nach der Peripherie zu.) Ungeschicklichkeit, ja fast Ataxie bei feineren, complicirteren Bewegungen, während einfache leichter gelingen. Bedeutende Herabsetzung der Haut- und Muskelsensibilität, des Temperatur-, Muskel- und Tastsinns. — Erhalten ist im Ganzen die grobe Kraft, nur ist der Händedruck rechts schwächer als links.

Diese Veränderungen sind bei einem bis dahin gesunden Mann (mit Ausnahme des vorhin erwähnten leichten Schlaganfalls) plötzlich in einer Nacht aufgetreten. Die Vertheilung und Natur der hier vorhandenen Störungen weisen entschieden auf einen centralen Ursprung hin, es liegt eine central verursachte Monoplegie oder Monoparese vor. Das Auffallende dabei ist das Vorhandensein von Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen, von denen letztere aus ersteren möglicherweise erklärt werden können. Es erinnert der eben beschriebene Symptomencomplex an denjenigen einer Tabes. Bei dieser Krankheit ist die Ursache der Ataxie in der Unterbrechung der sensiblen Bahn und dem in Folge dessen ausgeschalteten Reflexbogen zu suchen; bei u n w i l l k ü r l i c h e n Bewegungen fällt der coordinirende Moment desselben aus; in unserem Falle aber sind es gerade willkürliche Bewegungen, die einen atactischen Charakter haben, es sind also wahrscheinlich die „Bewegungsvorstellungen“, wenn ich mich so ausdrücken darf, die gelitten haben.

Munk war der Erste, der durch seine Exstirpationsversuche, die von *Ferrier*,

Fritsch, *Hitzig* und Anderen erkannten Rindencentren des Gehirns, nicht nur genauer bezeichnen half, sondern das wahre Wesen der von denselben ausgehenden Bewegungsvorstellungen uns kennen lehrte. Hatten doch vor ihm die Meisten (nur *Schiff* machte hier glaube ich eine Ausnahme) behauptet, dass Zerstörungen der Rindensubstanz innerhalb dieser Bewegungscentren einen Ausfall von Motilität ohne Alteration der Sensibilität nothwendigerweise zur Folge haben müssten, so zeigte *Munk*, dass dem nicht so ist. Hunde, deren „Rindencentra" zerstört worden, wurden von ihm in Bezug auf Sensibilitätsstörungen einer genauen Prüfung unterzogen. Je nach der Grösse der Exstirpationen und der Dignität der exstirpirten Theile fielen die Versuche verschieden aus. Den Gang dieser Untersuchungen kann ein Jeder nachlesen. Ich möchte hier nur ein Beispiel citiren. Es wurde ein Hund in dem Centrum für das linke Vorderbein operirt. Nachdem nun die entzündlichen Erscheinungen vorüber waren, konnte constatirt werden: Der Hund kann dieses linke Vorderbein noch zu Gehbewegungen gebrauchen, dasselbe wird auf Reflex bewegt.

Es sind aber verloren gegangen (im Fall einer ausgedehnten Exstirpation): Berührungs-, Druck-, Lage-, Tastvorstellungen. „Waren", sagt *Munk*, „die Exstirpationen nur klein, so gingen Tast- und Bewegungsvorstellungen vollständig oder nur theilweise verloren, Druck- und Lagevorstellungen waren erhalten. — Nach mehreren Tagen glichen sich die Defecte aus, waren die Læsionen nicht zu ausgedehnt." Es sind also „Bewegungsvorstellungen, Erinnerungsbilder von Allem, was bei Bewegungen gefühlt wird, von Haut-, Muskel- und Innervationsgefühlen." Daher nannte *Munk* die Gesammtheit dieser Centra Fühlsphäre. Dies war das Ergebniss des Thierexperimentes. Lassen nun, fragen wir, pathologische Zustände der Gehirnrinde beim Menschen eine ähnliche Erklärung der Bewegungsvorstellungen zu: handelt es sich in solchen Fällen um einen Ausfall von Sensibilität, der die Lähmung einigermaassen bedingt?

Eine genauere Kenntniss der durch Erkrankung der 3 hier in Frage kommenden Centra (Bein, Arm und Gesicht) gesetzten Symptome verdanken wir *Wernicke*. In seinem Lehrbuch der Gehirnkrankheiten (I, pag. 324—326) widmet dieser Autor der Beschreibung solcher durch Zerstörung der Gehirncentren entstandenen Monoplegien einige Seiten und kommt zum Resultat, dass bei diesem Ursprunge dieselben immer von Sensibilitätsstörungen begleitet werden. Letztere werden häufig übersehen, oder aber können in Folge des Zustandes des Patienten nicht wahrgenommen werden. *Wernicke* beschreibt eine „Monoplegia brachialis, cruralis und faciolinguinalis" und zwar deckt sich seine Beschreibung der M. br. vollkommen mit den bei dem Fall, den ich hier mitzutheilen mir erlaube, beobachteten Symptomen. Es handelt sich in solchen Fällen mehr um eine Parese des Vorderarms, besonders aber der Finger und der Hand und zwar werden complicirte Bewegungen sehr schwer ausgeführt; dieselben haben dann einen atactischen Charakter. Es sind aber mehr oder weniger bedeutend abgestumpft „Druck-, Lage- und Tastvorstellungen". *Wernicke* gibt zu, dass er leider über keine Sectionsbefunde verfügt. Der Insult ist bei den diese Krankheitsform verursachenden Blutungen z. B. sehr klein oder null, falls es sich um eine directe Monoplegie handelt, und die Kranken überleben

ihn gewöhnlich. Einige Sectionsbefunde von Monoplegien liegen vor (*Andral*, *Bouillaud*, *Dieulafoy*), es wird aber von den Autoren besonders hervorgehoben, dass Sensibilitätsstörungen intra vitam nicht vorhanden gewesen, möglicherweise übersehen worden.

Was den von mir vorhin beschriebenen Fall betrifft, so glaube ich nichts anderes annehmen zu können, als eben eine durch Zerstörungen innerhalb des linken Armcentrum verursachte Monoplegie. Ob hier nun eine Blutung oder eine acute Erweichung die Gehirnsubstanz zerstört hat, ist sehr schwer zu sagen; es handelt sich um einen älteren Mann, der schon früher vom Schlage getroffen wurde; gewisse Arterien sind atheromatös, wahrscheinlich sind es die Gehirnarterien auch; daneben können aber auch noch miliare Aneurysmen bestehen und Blutungen in der Hirnrinde sind so häufig wie Erweichungen.

Auch ich bin nicht glücklicher als Andere gewesen und habe den Kranken nicht weiter verfolgen können. Was aus ihm geworden, weiss ich nicht.

Der Zufall wollte es, dass letzthin am 10. Februar ein junges Mädchen mir von einem Collegen zugeschickt wurde, das nach einem Falle und zwar einem sehr leichten Falle auf den linken Arm, Symptome, die denen der Monoplegia brachialis frappant ähnlich waren, darbot. Dieses Mädchen ist zuerst auf die Sensibilitätsdefecte aufmerksam geworden und zwar sind dieselben sehr stark ausgesprochen. Es sind dabei auch Vorderarm und Hand leicht paretisch, Fingerbewegungen atactisch. Die Anamnese ergibt, dass Patientin zwar gesund, aber aus hereditär belasteter Familie stammt, Mutter sehr nervös, eine Schwester hysterisch. Es handelt sich bei der Patientin wahrscheinlich auch um ein hysterisches Leiden; eine gewöhnliche fleckweise auftretende h. Anæsthesie ist es nicht. Möglich wäre es, dass hier wiederum Hysterie dieselben Symptome wie ein Gehirnherd setzen würde, solche Beispiele lassen sich ja in grosser Zahl anführen.

Die neueren Mittheilungen *Charcot*'s (Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpétrière reçues et publiées par *Babinsky*, *Bernard*, *Féré*, *Guinon*, *Marie* et *Gilles de la Tourette*. Tome III, fasc. I) beziehen sich zum Theil auf hysterische Lähmungen. Meisterhaft wird dort die Differentialdiagnose zwischen hysterischen Lähmungen und den Lähmungen aus organischer Grundlage besprochen. Unter Anderem hebt *Charcot* hervor, dass motorische hysterische und die ihnen analogen Suggestionslähmungen immer mit Sensibilitätsdefecten sich vergesellschaften, er sieht in ihnen auch nichts anderes als einen Ausfall der Bewegungsvorstellungen. Ist nun einmal eine solche Erklärung dieser Lähmungen angenommen, so darf es uns auch gar nicht mehr wundern, hie und da bei der Hysterie Fällen zu begegnen, deren Symptome sich mit denen einer circumscripten Læsion der Gehirnrinde vollständig decken, und der blosse Zufall wird es mit sich bringen, dass bald das Bild einer Monoplegia brachialis, facialis oder cruralis bei einer Hysterischen entsteht.

Vereinsberichte.

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

Sechste Sitzung im Wintersemester 1887/88, Dienstag den 24. Januar 1888.[1])
Präsident: Dr. *Schaerer*. — Actuar: Dr. *Dumont*.
Anwesend 22 Mitglieder und 1 Gast.

1. Dr. *Dubois* spricht **„Ueber Entartungsreaction“.**

Bekanntlich hat *Erb* unter dem Namen der Entartungsreaction eine Reihe von Erscheinungen zusammengefasst, welche unter pathologischen Verhältnissen am Nerv und Muskel nachweisbar sind. Es handelt sich um quantitative und qualitative Veränderungen der electrischen Erregbarkeit, welche, so viel wir bis jetzt wissen, mit gewissen, sich in Nerv und Muskel abspielenden Ernährungsstörungen (degenerative Atrophie) in innigster Beziehung stehen.

Nach *Erb* characterisirt sich diese abnorme electrische Reaction in der Hauptsache durch: Abnahme und Verlust der faradischen und galvanischen Erregbarkeit der Nerven und der faradischen Erregbarkeit der Muskeln, während die galvanische Erregbarkeit der Muskeln erhalten bleibt, zeitweilig erheblich gesteigert und immer in einer ganz bestimmten Art qualitativ verändert wird.

Diese qualitative Veränderung besteht namentlich in der auffallenden Trägheit der Zuckung und in der Umkehr der Zuckungsformel, indem die Wirkung der Anode vorwiegt. Die AnSZ ist gleich oder grösser wie die KaSZ. Oefters tritt auch die KaOZ ebenso leicht ein wie die AnOZ, oder sogar wie die KaSZ.

Diese Entartungsreaction hat eine hohe diagnostische Bedeutung. Ihr Nachweis genügt oft, um den Sitz der Erkrankung zu präcisiren. Sie kommt zunächst vor bei peripheren Lähmungen (traumatische, neuritische, rheumatische). Ist in solchen Fällen EAR vorhanden, so können wir daraus schliessen, dass die Läsion der Nerven eine erhebliche war, dass eine Leitungsunterbrechung stattgefunden hat, dass namentlich die Nerven und Muskeln nicht mehr unter dem Einflusse der trophischen Centren im Rückenmark stehen.

Sie kommt ferner vor bei spinalen Erkrankungen, spinale Rindenlähmung, progressive Muskelatrophie und progressive Bulbärparalyse, bei der amyotrophischen Lateralsclerose, und öfters im Verlaufe anderweitiger Rückenmarksaffectionen, sofern dieselben auch die grauen Vordersäulen des Rückenmarks in Mitleidenschaft gezogen haben. Sie fehlt dagegen bei den cerebralen Lähmungen, bei den spinalen Lähmungen, bei welchen die Ganglienzellen der Vorderhörner intact geblieben sind. Sie fehlt ebenfalls bei peripheren Lähmungen leichterer Art, bei hysterischen Lähmungen, bei Myopathien, bei den Atrophien, die in Folge Gelenkleiden oder Inactivität sich einstellen.

Nach *Erb* ist die einzig sichere und unanfechtbare Schlussfolgerung, welche das Vorhandensein der EAR gestattet, folgende:

1. überall da, wo EAR zu finden ist, müssen erhebliche anatomische Veränderungen — nämlich degenerative Atrophie — in den Nerven und Muskeln (eventuell in den Muskeln allein) vorhanden sein;

2. bei vorhandener EAR ist überall auf einen neurotischen Ursprung der Störung (Lähmung oder Atrophie) zu schliessen und es muss irgendwo, entweder in der peripheren motorischen Leitung oder im Centralorgan an den trophischen Centren, speciell also in gewissen Abschnitten der vorderen grauen Substanz des Rückenmarkes oder des verlängerten Marks eine schwere Störung vorhanden sein.

[1]) Erhalten den 10. Februar 1888. Red.

Erb hat die wichtigsten Erscheinungen der EAR in 4 Schemata dargestellt, wovon drei den Verlauf der completen EAR (leichter, schwerer und unheilbarer Fall) veranschaulichen, während das vierte Schema der partiellen Entartungsreaction entspricht, eine leichtere Form, bei welcher die Erregbarkeit der Nerven und die faradische der Muskeln nicht verschwindet, sondern nur sinkt.

Was die prognostische Bedeutung der EAR anbetrifft, so äussert sich *Erb* folgendermaassen: Unter sonst gleichen Umständen, d. h. bei einer und derselben Krankheitsform und Ursache ist die Läsion um so schwerer, die Dauer der Krankheit um so länger, die Aussicht auf völlige Wiederherstellung um so geringer, je ausgebildeter und vollständiger die EAR ist, in einem je fortgeschritteneren Stadium sie sich befindet. — Die partielle EAR ist also günstiger als die complete, die späteren Stadien ungünstiger als die früheren. Daraus kann man also die Prognose, die natürlich noch durch specielle Erfahrungen gestützt sein muss, bei den einzelnen Krankheitsformen stellen.

Ich habe mich bei dieser Darstellung genau an *Erb* gehalten. Derselbe macht selbst darauf aufmerksam, dass seine Darstellung nicht den Anspruch machen kann, nach allen Richtungen und in allen Details erschöpfend zu sein. Es gibt klinisch allerlei Abweichungen vom typischen Verhalten. *Erb* hat verschiedene Ausnahmen beobachtet, z. Th. versucht, dieselben zu erklären und tagtäglich werden Fälle publicirt, bei welchen die electrischen Reactionen nicht in das *Erb*'sche Schema passen. So interessant diese Abweichungen auch sein mögen, so will ich doch dieselben hier nicht besprechen.

L'exception confirme la règle, sagt der Franzose. Im Grossen und Ganzen hat das *Erb*'sche Schema seine volle Richtigkeit. Es resümirt in klarer Weise die Haupterscheinungen der Entartungsreaction und hat für den Kliniker einen bleibenden Werth.

Und doch muss ich, an Hand eigener Beobachtungen, einiges bezweifeln, resp. für die von mir untersuchten Fälle in Abrede stellen. Andrerseits muss ich gewisse Behauptungen französischer Autoren, die *Erb* als befremdlich und irrthümlich bezeichnet, aufrecht erhalten und bestätigen.

Betrachten wir successive die verschiedenen Erscheinungen der EAR.

Wahr ist und bleibt der Satz, dass im Allgemeinen (atypische Fälle ausgenommen) bei completer EAR die faradische und galvanische Erregbarkeit der Nerven zuerst sinkt und dann verschwindet. Dass aber die faradische Erregbarkeit der Muskeln ebenfalls verschwindet, kann ich nur dann zugeben, wenn man mit dem Namen faradischer Strom nur den schnell-unterbrochenen Strom bezeichnet, den Strom, wie ihn Inductionsapparate bei frei schwingender Feder des *Neef*'schen Hammers liefert.

Nach meinen an verschiedenen Fällen von completer Entartungsreaction angestellten Versuchen reagiren meistentheils die Muskeln im Zustande der EAR noch deutlich auf die Einzelschläge eines kräftigen Inductionsapparates. (Oeffnungs- und sog. Schliessungsschlag).

Allerdings ist diese Reaction auf Inductionsschläge eine hochgradig verminderte. Der kranke Muskel reagirt manchmal noch knapp auf den Oeffnungsschlag bei einem Rollenabstand = 0 eines unter normalen Verhältnissen noch bei 180 mm. wirksamen *Dubois*'schen Schlittens. Der kranke Muskel reagirt sehr schwach, aber er reagirt ganz sicher auf die Einzelnschläge sogar bei 50, 60, 70 und sogar 100 mm. R.-A. in Fällen, wo der stärkste Strom mit schneller Unterbrechung vollkommen wirkungslos bleibt. — Der kranke Muskel reagirt auf diese Einzelschläge mit einer unzweifelhaft trägen Zuckung im Vergleich zur gesunden Seite, wenn auch die Dauer der Contraction vielleicht etwas geringer ist, als beim galvanischen Strom. Die Trägheit der Zuckung lässt sich grosso modo beurtheilen an der Zahl der Schläge, die nothwendig sind, um die Zuckung tetanisch zu gestalten. Es fand sich z. B. in einem Falle, dass 5 Schläge in der Secunde genügen, um die tetanische Contraction zu geben, während auf die gleiche Zahl Unterbrechungen der symmetrisch gesunde Muskel nur in zuckende Bewegung gerieth. Wenn ich hier von tetanischer Contraction rede, so ist das nur für das Auge.

Es ist möglich, dass bei Aufschreiben der Contraction auf den Kynographien die Einzelschläge noch erkennbarer wären. Für das Auge war aber die Contraction des kranken Muskels eine tetanische bei einer Unterbrechungszahl, welche bei gesundem Muskel noch die einzelnen Zuckungen erkennen liess. Bisher ist mir kein Fall von EAR vorgekommen, bei welchem ich nicht in den Muskeln wenigstens eine Spur Erregbarkeit für die Einzelschläge meines Apparates (secundäre Spuhle von 10,000 Windungen eines 0,2 mm. Drahtes) gefunden hatte. Ich hatte doch schwere Fälle, wo nach Ablauf der 30. Woche noch keine Spur willkürlicher Motilität vorhanden war. Allerdings habe ich keinen Fall gehabt, der als unheilbar hätte bezeichnet werden müssen. Nach meinen Beobachtungen reagiren aber meistentheils die Muskeln im Zustande der completen und schweren EAR und auf die Einzelschläge eines Inductionsapparates und zwar mit deutlich träger Zuckung. Bemerken muss ich noch, dass die Zuckung leichter eintritt, wenn die Quecksilberunterbrechungsvorrichtung (Metronom) mit einer Schicht von absolutem Alcohol bedeckt ist.

Ausserdem muss ich die Behauptung von *Rom. Vigouroux* in Paris bestätigen, dass die Anode des faradischen Stromes bei EAR noch wirksam, ja in erhöhtem Maasse wirksam sei.

Erb hat bei specieller Nachprüfung absolut nichts davon gesehen. Wahrscheinlich hat er nie mit schnellen Unterbrechungen geprüft oder aber mit einem schwächeren Inductionsapparate.

Arbeitet man aber mit Einzelschlägen eines kräftigen Inductionsapparates (30—60 Schläge in der Minute) namentlich bei Quecksilbercontact und Alcoholspühlung, so ist das Vorwiegen der Anode gegenüber der Kathode unverkennbar, und ebenso auffallend wie beim galvanischen Strom.

Diese Thatsachen können Sie leicht an dem Patienten, den ich Ihnen vorstelle, nachweisen.

Es handelt sich um einen Fall von Lähmung der 3 Hauptarmnerven in Folge einer Schulterluxation. Der Muscul. cutaneus blieb allein verschont, während Medianus, Ulnaris und Radialis hochgradig lädirt wurden. Bei der ersten Untersuchung, 9 Wochen nach der Verletzung war die Atrophie schon eine sehr grosse; der Umfang des Vorderarms war schon 3 cm. geringer, als auf der gesunden Seite. Nun ist die Atrophie noch hochgradiger; der Unterschied beträgt jetzt 5 cm.

Im Gebiete sämmtlicher gelähmten Nerven besteht Entartungsreaction; nur im Gebiete der Flexoren des Vorderarms ist von der 25. Woche an eine Spur spontaner Motilität nachweisbar.

In sämmtlichen Nerven ist die Erregbarkeit für jede Stromesart, auch für Einzelschläge erloschen.

Sämmtliche gelähmte und atrophische Muskeln reagiren auf die schnellen Unterbrechungen des maximalen Inductionsstroms in keiner Weise.

Sämmtliche Muskeln, Deltoideus-, Triceps-, Flexoren- und Extensoren-, Thenar- und Hypothenar-Muskeln reagiren noch mit auffallender Trägheit der Zuckung auf galvanische Ströme. Die Reaction ist wohl eine dem Stadium der Lähmung entsprechend verminderte, doch reagiren sie auf Ströme von 1,2 bis 5 Milliampères.

Was die Umkehr der Zuckungsformel anbetrifft, so ist das Verhalten ein verschiedenes. Im Deltoideus ist KaSZ$>$AnSZ, ebenso in den Flexoren; in Triceps und Extensoren ist AnSZ $=$ KaSZ, dagegen ist im Hypothenar und Thenar AnSZ$>$KaSZ. AnSZ bei 2,5, KaSZ bei 4 Milliampères für die Thenarmuskeln. Im Hypothenar reagiren die Muskeln bei 3,5 Milliampères effectvoller auf die Anode. Auch tritt KaOZ bei gleicher Stromstärke, wie die AnOZ auf.

Darüber kann kein Zweifel bestehen, dass in sämmtlichen Muskeln EAR besteht und zwar am hochgradigsten im Thenar und Hypothenar.

Da finden wir ganz ausgesprochen:

1. das Fehlen jeglicher Reaction vom Nerven aus;

2. das Fehlen der faradischen Reaction für die schnellen Unterbrechungen;

3. das Erhaltensein der galvanischen Reaction vom Muskel aus mit Vorwiegen der AnSZ;

4. die Trägheit der Zuckung.

Ausserdem ist der Fall ein schwerer, da nach 30 Wochen die Thenarmuskeln noch vollkommen gelähmt sind.

Nun, wie verhalten sich diese Thenarmuskeln gegenüber Einzelschlägen des Inductionsapparates? Zur Vermeidung störender Zuckungen in nicht gelähmten Biceps lege ich die indifferente Electrode auf die hintere Seite des Handgelenks. Sie sehen nun, dass die Thenarmuskel auf die Kathode der Inductionsschläge ganz deutlich reagirt bei maximaler Stromstärke.

Die Reaction ist schwach, aber doch sehr deutlich und bemerkenswerth ist dabei die auffallende Erschöpfbarkeit des Muskels. Auf die ersten Schläge reagirt er gut, beim 5. schon sichtbar weniger, beim 10. noch schwächer und nach etwa 15 Schlägen ist keine Zuckung mehr sichtbar. Diese Reaction, die als Reaction der Erschöpfbarkeit oder als Reaction der Lücke bezeichnet wird, habe ich in mehreren Fällen von EAR gesehen, namentlich in schweren Fällen. *Erb* legt dieser Erscheinung keine grosse Wichtigkeit bei. Ich muss sagen, dass sie mir doch nicht unwichtig vorkommt, erstens, weil ich sie sehr häufig fand bei EAR (für Einzelschläge des Inductionsapparates), zweitens weil ihr Nachweis uns über etwaige Besserung Rechenschaft gibt.

Die Thenarmuskeln, die heute 15 Schläge ertragen, erlahmten schon auf 3—5 Schläge vor einigen Monaten. Schon daran ist die Besserung erkennbar.

Diese Reaction der Erschöpfbarkeit mag auch zur Erklärung dienen, warum diese Muskeln auf die schnellen Unterbrechungen reagiren. Bei freispielender Feder des *Neef*'schen Hammers finden 40—50 Schläge in der Secunde statt; es ist klar, dass dies den Muskel noch rascher erschöpft, als 15 Schläge in einer halben Minute, so dass eine Contraction gar nicht sichtbar wird. Doch ist dies jedenfalls nicht der einzige Grund der bessern Wirkung einzelner Schläge. Auch die normalen, wenig ermüdbaren Nerven und Muskeln reagiren besser auf Einzelnschläge als auf die raschen Unterbrechungen. Der Unterschied beträgt ungefähr 1 cm. Rollenabstand.

Weiter sehen wir, dass die Anode bei Rollenabstand = 0 viel stärkere Zuckungen auslöst. Sie tritt sogar bei 65 und 80 mm. Rollenabstand auf. Wahrlich ist dabei an dem Vorwiegen der Anodenzuckung nicht zu zweifeln; sie ist ebenso leicht nachzuweisen, vielleicht sogar deutlicher, als für den constanten Strom.

Uebrigens halte ich das Vorwiegen der Anodenwirkung für eine durchgehende Erscheinung in dem Sinne, dass wenn sie für den constanten Strom eintritt, sie auch für jede andere Stromesart nachweisbar ist, vorausgesetzt, dass überhaupt diese Stromesart wirken könne. Sie fehlt für die schnellen Unterbrechungen des Inductionsapparats, weil gewöhnlich bei EAR diese Ströme wirkungslos bleiben. Dagegen tritt sie auch bei den Einzelschlägen sehr schön auf und zeigt sich auch bei einer bis jetzt wenig gebrauchten Stromesart, nämlich für Condensatorentladungen. In einer in der bernischen naturforschenden Gesellschaft vorgelegten Arbeit habe ich nachgewiesen, dass Muskeln im Zustande der completen und tiefen EAR auch auf die relativ kurz dauernden Entladungen der Condensatoren reagiren. Während aber der gesunde Muskel auf ungeheuer kleine Electricitätsmengen, nämlich auf ca. 0,470 Microcoulombs reagiren, bedürfen Muskeln in EAR einer tausend Mal grösseren Menge, ca. 500 Microcoulombs. Auch bei dieser Stromesart ist das Vorwiegen der Anodenwirkung sehr deutlich und in Zahlen ausdrückbar. So trat in unserm Falle die Kathodenzuckung bei 70 Volumsspannung, 7 Microfarad und einer Quantität von 490 Microcoulombs ein, während bei gleicher Volumsspannung die Anode schon mit 5 Microfarad und 350 Microcoulombs wirkte. Bei andern Versuchen war der Unterschied noch grösser KaSZ bei 560, AnSZ bei 350, oder auch KaSZ bei 420 und AnSZ bei 280 Microcoulombs.

Endlich reagiren Muskeln in EAR sehr schön, sogar besser als auf den galvanischen

Strom, auf die Ströme eines Telephoninductors (Läutvorrichtung verschiedener Telephonanlagen). Diese magnetelectrischen Ströme haben keinen Extracourant; es sind alternirende Ströme von nicht sehr grosser Spannung, aber von erheblicher Dauer, die auch kranke Muskeln zu lebhaftem, effectvollem Tetanus zu bringen vermögen. Die Extensoren des vorgestellten Patienten, die auf den maximalen Strom des Inductionsapparates (bei freischwingender Feder) nicht reagiren, werden durch den Telephoninductor in einen heftigen Tetanus versetzt, so dass die Hand bis über die Horizontale in Dorsalflexion gebracht wird.

Im Allgemeinen muss man sagen, dass Muskeln in EAR nur auf Ströme, die genügende Quantität haben, reagiren, d. h. auf Ströme, die eine gewisse Dauer haben, darum wirkt dabei der galvanische Strom am besten, weil er eine sozusagen unbegrenzte, nie von der Schliessungszeit abhängige Quantität hat. Immerhin braucht die Dauer keine sehr grosse zu sein. Condensatoren allerdings wirken schon bei 70 Volumsspannungen bei einer Dauer von $^{1}/_{100}$ bis $^{3}/_{100}$ Secunde. Bei höherer Spannung kann die Wirkung noch bei kürzerer Dauer eintreten, darum wirken noch Einzelschläge hochgespannter Inductionsapparate. Endlich sind Muskeln in EAR leicht erschöpfbar und reagiren deshalb nicht auf zu schnelle Unterbrechungen.

Diese Erscheinungen sind an unserem Patienten leicht nachweisbar. Ich habe sie in andern Fällen von EAR ebenfalls gefunden. Seitdem ich die Einzelschläge tagtäglich anwende, ist mir noch kein Fall von EAR vorgekommen, bei welchem der Inductionsstrom in dieser Form gänzlich unwirksam gewesen wäre.

Diese Thatsache hat zunächst theoretisches Interesse. Es ist interessant zu wissen, dass es nicht auf die Stromesart ankommt, sondern dass nur die Quantität, resp. Dauer des Stromes in Betracht kommt, und dass auch Einzelschläge von Inductionsapparaten die nöthige Quantität haben können. Es ist ferner wichtig nachzuweisen, dass das Vorwiegen der Anodenwirkung für jede Stromesart gilt, nicht nur für den galvanischen Strom.

Ich muss aber noch die practische Bedeutung der Frage hervorheben. Nach meinen Beobachtungen lassen sich sämmtliche Erscheinungen der EAR mit Hülfe eines kräftigen Inductionsapparates nachweisen. Wir constatiren somit ohne Anwendung des galvanischen Stromes:

1. das Fehlen jeglicher Reaction vom Nerven aus;
2. das Erloschensein der Erregbarkeit der Muskeln für den schnell unterbrochenen faradischen Strom;
3. das Erhaltenbleiben der Reaction auf starke Einzelschläge (Oeffnungs- und sogar Schliessungsschlag) mit bedeutendem Vorwiegen der Anodenwirkung;
4. die träge Zuckung.

Nicht nachweisbar ist wohl einzig die vorübergehende Steigerung der Erregbarkeit. Diese an sich höchst interessante und bis jetzt nicht aufgeklärte Erscheinung kann nur für die constanten Ströme nachgewiesen werden. Practisch hat aber dieser Nachweis eine geringe Bedeutung, sowohl in diagnostischer als in prognostischer Beziehung.

Zur Beurtheilung der Prognose eines Falles von traumatischer Lähmung leistet mir diese Untersuchung mit Einzelschlägen des Inductionsapparates grössere Dienste, als die Prüfung mit dem galvanischen Strom. Im Verlaufe eines Falles, bei dem EAR besteht, sind wir manchmal im Zweifel über den momentanen Zustand. Es kann vorkommen, dass z. B. in der 20. Woche die Frage auftaucht: haben wir es mit einem schweren aber heilbaren Fall zu thun, oder ist keine Aussicht auf Besserung vorhanden. Die Prüfung mit dem galvanischen Strom gibt dabei nicht genügenden Aufschluss. Das best gedämpfte Galvanometer ist, im Grunde genommen, nicht das beste Mittel, um die Stromstärke zu beurtheilen. Es gibt uns nicht die im Augenblicke der Zuckung herrschende Stromstärke an, sondern nur nach relativ langer Schliessungszeit. Jeder Arzt, der sorgfältige galvanische Prüfungen vornimmt, weiss, dass es schwierig ist, den gleichen Nerv an verschiedenen Tagen mit gleicher Stromstärke zu reizen.

Die Wirkung galvanischer Ströme hängt namentlich von ihrer Stromstärke ab und diese ist im umgekehrten Verhältniss zum Widerstand.

Beim faradischen Strom kommt es mehr auf die Quantität resp. Verlauf an. Der Widerstand im Stromkreis kommt weniger in Betracht und mir kommt es leichter vor, die Zuckung an verschiedenen Tagen bei gleichem Rollenabstand zu erzielen, als bei gleicher Ablenkung eines Galvanometers. Wir können daher eine Besserung im Zustande des Patienten mit den Einzelinductionsschlägen besser nachweisen, als mit galvanischen Strömen.

Schon die Abnahme der meiner Ansicht nach häufig vorhandenen Reaction der Erschöpfbarkeit ist ein günstiges Zeichen. Die Thenarmuskeln unseres Patienten, die vor einigen Monaten kaum 5 Schläge ertrugen, erlahmen erst nach 15 Schlägen, obgleich die Elemente keine frische Füllung erhalten haben. Das Auftreten der Zuckung bei grösserem Rollenabstand ist ebenfalls prognostisch wichtig. In unserem Falle tritt jetzt die Reaction bei 25 mm. ein, wo vorher nur bei 0 eine Reaction nachweisbar war.

Kurz, die Einzelschläge des Inductionsapparates geben mir über die augenblickliche Prognose bessere Auskunft, als die oft schwierige Prüfung mit dem galvanischen Strom. Ich will letztere in keiner Weise vernachlässigen, halte es aber für nützlich, auf diese Vortheile der Prüfung mit Einzelschlägen aufmerksam zu machen.

Auch therapeutisch lassen sich die langsamen Unterbrechungen (30—60 in der Minute) mit Vortheil gebrauchen. Sie sind viel weniger schmerzhaft, ermüden den Muskel weniger. Deshalb habe ich es gewagt, Ihre Aufmerksamkeit auf diese Untersuchungsmethode zu lenken.

In der Discussion bemerkt Prof. Dr. *Kronecker:*

1. Nach seinen Erfahrungen möchte er die auffallende Verschiedenheit zwischen dem Effect von Einzelreizen und schnell folgenden anders erklären als der Herr Vortragende. Nach der interessanten Demonstration des Herrn Vortragenden hat dieser Einzelschläge inducirt durch Unterbrechung eines Quecksilbercontactes, frequente mittelst des *Neef*'schen Hammers durch Lösung fester Berührungsflächen. Diese werden leicht durch Oxydschichten, welche die Funken bilden, verunreinigt, so dass die Widerstände in dem primären Stromkreise vergrössert sind.

2. Nach den Ermüdungsgesetzen muss ein Muskel desto schneller erschöpft werden, je häufiger ihn Reize erregen. Wird ihm dann längere Ruhe gegönnt, so erholt er sich wieder bis zu einem Energiereste, dessen Grösse abhängt von der absoluten Anzahl der Reize, die ihn von Anfang bis dahin getroffen haben.

3. Sicherlich gibt es Fälle, in welchen nicht die geringe Stromdauer durch erhöhte Spannung compensirt werden kann. *K.* hat die merkwürdige Beobachtung gemacht, dass gemäss der Entdeckung von *E. Weber* zwar der quergestreifte Darm der Schleie Cyprinus tinca durch gewöhnliche faradische (Inductions-) Ströme in Tetanus versetzt werden kann, meist aber gar nicht die glatte Darmmusculatur anderer Fische, z. B. Cyprinus carpio, während *E. Weber* angibt, dass er durch (magnetelectrische) Inductionsströme der *Sexton*'schen Maschine langsame Zusammenziehungen erhielt.

Kr. gelang das auch zuweilen, aber ebenfalls nicht immer mit *Stöhrer*'s magnetelectrischen Rotationsapparaten (mit Wechsel). Hierbei half Verstärkung der Ströme bis zu einer Intensität, dass der ganze Fisch in Starrkrampf verfiel, gar nicht für die Bewegung des Darms. *Kr.* will nicht entscheiden, ob diese Verhältnisse übertragbar seien auf den entarteten quergestreiften Muskel.

Auf die nachträgliche Bemerkung des Herrn *Dubois*, dass Einzelunterbrechungen mit dem *Neef*'schen Hammer wirksam sein können, während der spielende Hammer keinen Tetanus veranlasst, bemerkt *Kr.*, dass er dies wohl glaube, weil der mit der Hand gesetzte Contact inniger sei, als der durch die vibrirende Feder gesetzte. Letzterer löse daher, wie *Kr.* einst nachgewiesen, statt minimaler Tetani klonische Krämpfe aus, während die guten Quecksilberspülcontacte constante minimale Tetani entstehen lassen.

Dr. *Dubois* antwortet:

ad 1. Auf die Reinheit des Contacts kommt sehr viel an, darum gibt die Alcoholspühlung des Quecksilbers viel stärkere Zuckungen. Dagegen ist dies nicht die Ursache des Fehlens der Reaction des kranken Muskels auf schnelle Unterbrechungen. Zunächst ist der Unterschied viel grösser als beim gesunden Muskel und auch bei gleicher Art der Unterbrechung (mit der Hand geführte Feder des *Neef*'schen Hammers) bleibt der Einzelschlag wirksam, während bei freischwingender Feder keine Reaction eintritt.

ad 2. Sicherlich wird der Muskel noch rascher ermüden, wenn die Unterbrechungen schnell stattfinden. Bei den besprochenen Versuchen war die Zahl der Oeffnungsschläge 30—60 in der Minute.

Die Untersuchungen mit Condensatoren haben gezeigt, dass die kurze Dauer der Entladung durch höhere Spannung genau compensirt werden könne. Bei gleichem Widerstand im Stromkreis reagirt z. B. der gesunde Medianus mit gleich starker (minimaler) Zuckung sowohl auf 9,8 Volumsspannungen bei einer Entladungsdauer von 261 Milliontel Secunde, als auf die Entladung von 70 Volumsspannungen bei einer Dauer von 70 Milliontel Secunde. Wenn dies bei Condensatoren gilt, so wird es wohl auch für Inductionsströme seine Richtigkeit haben. Leider haben wir über die Inductionsströme keine genauen Angaben. Die Untersuchungsresultate mit faradischen Strömen werden so lange unsicher bleiben, bis wir ihre Spannung in Volts, ihre Quantität in Microcoulombs ausdrücken können. Die Electrotechnik arbeitet jetzt mit genau definirten Grössen. Die Physiologen und Electrotherapeuten müssen suchen, in ihren Versuchen mit der gleichen Genauigkeit vorzugehen.

Dr. *de Giacomi* betrachtet die Trägheit der Zuckung als die Haupterscheinung bei der Entartungsreaction und möchte klinisch den Hauptwerth auf den Nachweis dieser Trägheit legen.

Dr. *Dubois* ist im Ganzen damit einverstanden; jedoch kann dieselbe bei EAR auch fehlen, andererseits auch bei normalen, aber durch vorherige electrische Reizung ermüdeten Muskeln vorkommen. Er sah dies sehr schön an seinen eigenen Thenarmuskeln.

2. Dr. *Christener* referirt Namens der Dreiercommission zur Anschaffung eines **Krankentransportwagens** (vgl. Sitzung vom 22. November 1887). Die Commission macht dem Verein folgende Vorschläge:

1. Es sei der Krankentransportwagen, System E. Keller in Zürich, anzunehmen; 2. derselbe sei mit der vom Fabrikanten vorgeschlagenen Heizvorrichtung zu versehen; 3. das Kutscherverdeck sei zu entbehren; 4. der Wagen sei vorläufig nur für einspännigen Betrieb, d. h. nur mit Lande zu versehen; 5. derselbe sei statt mit Lack nur mit einem guten Oelfarbanstrich zu überziehen; 6. es sei mit dem Fabrikanten betreffs einer bessern Federung, vielleicht auch betreffs Suspension der Krankenbahre zu verhandeln.

Diese Vorschläge riefen einer Discussion, an welcher Prof. Dr. *Demme,* DDr. *Wyttenbach, Dick, de Giacomi,* Oberfeldarzt *Ziegler, Schaerer* und *Christener* sich betheiligten. Das Resultat derselben war, dass der Verein beschloss: 1. Es ist ein Krankentransportwagen nach dem System E. Keller anzuschaffen; 2. die Heizvorrichtung desselben ist überflüssig; 3. ebenso das Kutscherverdeck; 4. die Suspension ist zu entbehren; 5. statt Oelfarbanstrich ist die Lackirung des Wagens viel besser; 6. dieser Krankentransportwagen ist auf Gemeindekosten vom tit. Gemeinderathe anzuschaffen; 7. es soll vom Vereine aus eine diesbezügliche Eingabe an die Behörde eingereicht werden.

3. Dr. *E. Emmert* beschenkt den Verein mit einer schönen Wandtafel und Staffelei, die mit bestem Danke angenommen werden und allgemeine Anerkennung finden.

Referate und Kritiken.

Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie.

Von *Bunge*. Verlag von F. C. W. Vogel in Leipzig.

Unter den Lehrbüchern der physiologischen Chemie gibt es keines, das so anregend geschrieben ist, wie das vorliegende. „Es liest sich wie ein Roman“, sagte ein eifriger

Student zu dem Referenten, „man kann davon nicht loslassen.“ Das bedeutet, dass es dem Verfasser gelungen ist, die Thatsachen in einen solchen Zusammenhang zu bringen, ihre Bedeutung für den Aufbau unserer wissenschaftlichen Gesammtanschauungen, ihre Beziehungen zu Leben und ärztlichem Wirken in ein solches Licht zu setzen, dass sie das Interesse jedes denkenden Studenten auf's höchste fesseln müssen. Und auch der Fachmann, dem *Bunge*'s Forschungen und Ansichten aus seinen Abhandlungen in Fachzeitschriften schon bekannt sind, wird mit Ueberraschung und Freude die vielen neuen Seiten kennen lernen, die *Bunge* seinen Thesen abgewonnen hat, indem er sie im Zusammenhang mit dem Gesammtstoff der physiologischen Chemie behandelte. Die Vorlesungen über die Phosphor- und Eisenverbindungen, über die anorganischen Nahrungsmittel sind in dieser Beziehung wahre Meisterstücke. Das Buch ist der Bestimmung für den Studenten entsprechend didactisch gehalten, sparsam in der Mittheilung von Daten und Analysen, um das Gedächtniss nicht zu überladen, aber so, dass das Mitgetheilte als das Resultat einer sehr überlegten Auswahl wirklich das Beste ist; die Auseinandersetzung ist derart, dass dem Studenten klar wird, warum man Manches weiss, und Anderes nicht, welche Fragen man sich überhaupt stellen müsste und welche Fragen lösbar erscheinen. Jeder, dem noch die Qual in Erinnerung ist, die man als Student den Lehrbüchern gegenüber empfindet, weil man nicht versteht, weshalb eigentlich diese zusammenhanglose Masse von Einzeldaten den Inhalt der Wissenschaft bilden, wird nachfühlen, dass dies Buch einen grossen didactischen Fortschritt bedeutet. Aber auch dem Forscher und Lehrer wird es wegen seiner Originalität und seines Ideenreichthums unentbehrlich sein, wenn es auch die grösseren und detaillirteren Lehrbücher von *Gorup*, *Berauer*, *Hoppe-Seyler* u. s. w. nicht entbehrlich macht. *J. Gaule.*

Ueber Gymnasial- und Universitätsbildung und deren Bedeutung für den Mediciner.

Rede, gehalten am 29. April 1886, dem Stiftungstage der Hochschule Zürich, von Dr. med. *R. U. Krönlein*, o. Professor der Chirurgie, d. Z. Rector. Zürich, Meyer & Zeller, 1886.

Von allen Seiten prallt der Angriff gegen die classische Vorbildung des Arztes. Was Griechisch, was Latein! Französisch, Englisch und Italienisch für die französischen, englischen und italienischen Kunden, für die fremde Wissenschaft. Antike Göttersagen, antikes Leben, antike Kunst — fort mit dem Plunder, versteht die Gegenwart! Mathematik, Physik, Chemie, Thier- und Pflanzenkunde durch's Gymnasium; das Gleiche sammt der Menschenkunde durch die Universität — das brauchen wir. Gewiss brauchen wir das. Der Unterricht in den Naturwissenschaften soll schon am Gymnasium ganz tüchtig betrieben werden. Müssen darum die alten Sprachen weichen?

Rechne die Weltbahn des Polarsterns aus und durchschaue das gleiche Naturgesetz vom Fall des Steines bis zur Bewegung des Gedankens in der Denkerstirne — dein Patient wird doch zuletzt sterben.

Ein Einzelner magst du der „berühmteste“ werden vor dem Volke, als hohler medicinischer Techniker, abgerichteter Werkmann der Heilkunst. Der Stand der Aerzte wird es nie und nimmer ertragen, der „allgemeinen Bildung“ zu entbehren. Wenn ein Beruf besteht, dessen Stirne die „Menschlichkeit“ krönen muss — es ist der ärztliche! Nil humani a me alienum — und der Heilkundige der Zukunft sollte das nicht gründlich kennen, was höchste Blüthe der Menschheit gewesen, was Grundlage unserer jetzigen Cultur geworden!

Als ob der Geist der jetzigen Naturforschung — er, der alles Geschehen als Naturerscheinung auffasst — solcher Beschränktheit Pathe stände. Er erkennt nur Entwicklungsreihen, ununterbrochene Ketten: vom Schrei des Kindes, durch die Wandlungen der Ursprache, bis zur höchsten Leistung wissenschaftlicher oder schöngeistiger Rhetorik; von der ersten Zelle, die auf der Erde sprosste, bis zur Buntheit aller Lebensformen; von der Zuckung des Protoplasmaklümpchens bis zur Aufstellung des Gesetzes von der Erhaltung der Kraft und zum Lallen des Paralytikers; von den einfachsten Kritzeleien bis zu des Praxiteles Marmorstatuen; vom schützenden Baumdach bis zur Millionenstadt, vom ersten zur Abwehr erhobenen Stein bis zum modernen Völkerkriege, vom Lecken der Wunde bis zum Herausschneiden der Hirngeschwulst. Als Zeddel und Einschlag sind die Faden durch einander gewoben; ein Verständniss des Weltgetriebes gewinnt nur

der, der einmal den geraden und den queren Faden nachgegangen. Und der Arzt sollte dieser Einsicht entbehren!

Er mag seine griechischen Vocabeln mit den algebraischen Formeln vergessen haben — er ist doch ein Anderer, als derjenige, welcher von diesen Dingen nie gehört. Soll der Arzt im Drang seiner Tagesarbeit, soll der Student zwischen der Fülle seiner Vorlesungen das nothwendige Wissen von diesen Dingen — und bis auf einen gewissen geringen Grad ist es absolut nothwendig — sich noch aneignen? Es gibt nur eine Zeit, wo er die Grundlagen allgemeiner Bildung schaffen kann, die Jugend, das Gymnasium. Die jetzt gewonnenen Schätze können tief verstaubt, verschmäht und verachtet liegen. Früher oder später kommen doch Zeiten: der Fuss schreitet über des Forums Pflaster, griechische Tempel, Nachformungen edelster Bildwerke treten Einem entgegen, eines Wortes tieferer Sinn möchte ergründet werden, eines Alten Weltanschauung führte ein Suchen oder ein Zufall in die Hände, oder man geht der classischen Schilderung eines Krankheitsbildes nach — wie glänzt das vergrabene Gold wieder hervor aus seinem Grunde; um keinen Reichthum der Welt verschenkte man, was der Fleiss der Jugendjahre erworben!

Also die allgemeine Bildung — naturwissenschaftlich auch für den künftigen Gottesgelehrten, Mann des Rechts und Philosophen — dem Gymnasium, die Fachbildung der Hochschule!

Solche Forderung zu befriedigen, hat sicherlich grosse Schwierigkeiten. Doch haben schon mehrere Gymnasien den Beweis geleistet, dass es möglich ist. Den besten Schulplan der Zukunft aufzustellen, bedarf des Zusammenarbeitens der Berufensten aus allen Gebieten. Das gibt auch der Rector magnificus Turicensis zu, und er bescheidet sich, von derartigen Vorschlägen abzustehen. Aber für die Hebung des ärztlichen Studiums, nicht für seine Erniedrigung, für die Veredelung des Standes, nicht für seine Versumpfung erhebt er seine Stimme. Und dass der Chirurg, der „Handarbeiter“ unter den Aerzten, für die allgemeine Bildung eintritt, erhöht der Worte Werth und Gewalt.

Mögen sie gehört werden! *Seitz.*

Die Principien der Epilepsie-Behandlung.

Von Dr. *A. Erlenmeyer.*

Vortrag, gehalten im Verein der Aerzte zu Coblenz. Wiesbaden, 1886. 40 S. (broch.)

Dans cette courte brochure l'auteur s'élève avec raison contre l'usage trop répandu parmi les médecins de traiter les épileptiques sans méthode et par simple acquit de conscience. Les épileptiques sont considérés d'emblée comme incurables, avant même que l'on ait posé un diagnostic précis, et on leur prescrit le remède à la mode „schablonenmässig“. — L'auteur termine son intéressant travail, dont nous recommandons la lecture à tous ceux qui s'intéressent au traitement des diverses formes de l'Epilepsie (étiologiques) par ces mots de *Gerhardt*: „Die Frucht der Heilung wächst an dem Baume der Erkenntniss. Ohne Diagnostik keine vernünftige Therapie. Erst untersuchen, dann urtheilen, dann helfen“ . . . si possible, et sans nul doute plus souvent possible qu'on ne le croit a priori. Dr. *L.*

Gerichtlich-medicinische Fälle und Abhandlungen. 1. Kind oder Fœtus?

Von *Ortloff.* Berlin und Neuwied, Heuser's Verlag, 1887.

O. theilt uns folgenden Fall mit: „Eine ausserehelich geschwängerte Frau, deren Mann ausgewandert war, setzte sich, als das Fruchtwasser abgeflossen war, angeblich zur Hervorbringung von Wehen und zur Erleichterung der Geburt, auf einen mit warmem Wasser gefüllten Eimer und gebar das Kind in diesen hinein; danach sei sie ohnmächtig geworden, so dass sie das Kind nicht aus dem Wasser herausziehen konnte und es darum todt blieb. Die Nachgeburt warf sie in den Abtritt; das Kind vergrub sie im Holzschopf, wo es später ausgegraben wurde. Nach verschiedenen Gutachten und Obergutachten kam der Fall vor Schwurgericht, wo die Frau freigesprochen wurde.“ — Auf dieses Urtheil hin findet er, „dass eine Beschränkung der sachlichen Zuständigkeit der Schwurgerichte (so besonders der Kindstödtung und Abtreibung), welche im Grunde mehr politisches als Rechtsinstitut seien, eine nicht zu umgehende Aufgabe der Strafprocessreform“ zu sein habe. — Anknüpfend an die in den Gutachten vorgekommenen Rechts-



fragen bespricht *O.* nun zuerst die Grenze zwischen Fœtal- und Menschenleben und ihre Beurtheilung nach der Athmung und sagt hier, dass eine „geborene Leibesfrucht, welche Luft nicht vollständig geathmet hat, noch kein vollständiges Geschöpf, kein Mensch, kein Kind sei; dass an jenen also auch keine Menschen-, bezw. Kindstödtung verübt werden könne.“ Im weitern kommt er auf die Lebensfähigkeit eines Neugebornen zu sprechen, als Voraussetzung der Strafbarkeit des Kindsmords und lässt sich darüber so aus: „Je grösser die Wahrscheinlichkeit, dass ein normales, zu Hoffnungen für die Zukunft berechtigendes Menschenleben begonnen war, desto strafwürdiger erscheint dessen Vernichtung, vollends wenn diese Eigenschaft dem Thäter bekannt war.“ Im gegentheiligen Fall hat eine Strafmilderung einzutreten. — „Bei der Beurtheilung der Lebensfähigkeit eines todtgefundenen Neugebornen steht der Gerichtsarzt nur vor einem Wahrscheinlichkeits- resp. Indicienbeweise, gerade wie bei der Frage um die Annahme des Gelebthabens der Leibesfrucht vor und in der Geburt,“ welches bei obigem Fall ebenfalls in Frage kam. — Die rührige Verlagsbuchhandlung wird in weitern Heften andere, ebenso interessante gerichtlich-medicinische Fälle von ebenso maassgebender Seite besprechen lassen, wie es bei obigem geschehen ist. *Roth* (Winterthur).

Etudes techniques et pratiques sur l'Hydrothérapie.

Par le Docteur *P. Glatz* (Champel). Paris. Octave Doin, éditeur. 1887. pag. 96.

Der durch verschiedene Publicationen über Hydrotherapie wohlbekannte ärztliche Leiter der Wasserheilanstalt Champel bei Genf, Dr. *P. Glatz*, bietet uns in vorliegender Schrift ein Resultat seiner zwölfjährigen Thätigkeit an genannter Anstalt.

Nach einer kurzen historischen Uebersicht der Entwicklung des Wasserheilverfahrens seit *Priessnitz* bespricht Verfasser den grossen Unterschied zwischen der französischen und der deutschen Art der Anwendung des Wasserheilverfahrens. In Frankreich ist eine Wassercur sozusagen gleichbedeutend mit dem Gebrauch kalter und starker Strahldouchen. Alles wird damit behandelt und zuweilen auch geheilt. — In deutschen Anstalten dagegen wird die Anwendung der energisch wirkenden, beweglichen, kalten Douchen vielfach nur allzu ängstlich vermieden und es werden dafür die mannigfachen andern hydrotherapeutischen Applicationen bevorzugt, von welchen viele französische Collegen kaum eine Ahnung zu haben scheinen. Wenigstens gibt sich der Verfasser grosse und verdankenswerthe Mühe, seinen welschen Specialcollegen die so ausgezeichnet wirkenden Halbbäder und Einwicklungen als beruhigende Mittel par excellence wieder in Erinnerung zu rufen und sie vor dem einseitigen Douchenfanatismus zu warnen.

Diese Differenz bezüglich der Anwendung der kalten Strahldouchen zieht sich gewissermaassen wie ein rother Faden durch die sonst anregend geschriebene und angenehm zu lesende Broschüre hin.

Trotzdem der Verfasser, wie es bei seiner französischen Schulung und seiner Stellung kaum anders denkbar ist, sich überwiegend stark zur Douchenmethode hinneigt, versucht er doch eine etwas vermittelnde Position einzunehmen und anerkennt gern die guten Resultate, welche auch mit andern Applicationen erzielt werden.

In den folgenden Abschnitten werden die hauptsächlichsten hydrotherapeutischen Operationen der Reihe nach beschrieben und ihre physiologischen Wirkungen erklärt. Die speciellen Indicationen werden durch zahlreiche Krankengeschichten aus der eigenen Praxis erläutert. Es ist dieses Vorgehen sehr zu begrüssen, weil leider in den meisten andern Schriften über Hydrotherapie viel zu viel theoretische Abhandlungen und viel zu wenig oder gar keine speciellen, auf eigene Beobachtung basirten therapeutischen Anleitungen geboten werden.

Den Löwenantheil trägt natürlich der den Douchen gewidmete Abschnitt davon. — Die kurze, kalte Douche mit starkem Druck ist das Hauptheilmittel bei Anæmie, Chlorose, der torpiden Form der Neurasthenie, überhaupt überall, wo es sich um Hebung des gesunkenen Tonus handelt. Nur mit Vorsicht und nach allmäliger Gewöhnung ist die kalte Douche anzuwenden bei den so häufigen Anæmien auf neurasthenischer Basis. — Die Hydrotherapie der Phthise (p. 31—33), bestehend in der Anwendung von kalten Abreibungen, *Priessnitz*'schen Brustumschlägen (Kreuzbinden von *Winternitz*) und kalten Douchen bezweckt hauptsächlich Steigerung des Appetites und der Assimilation.

Die stark revulsiv und derivativ wirkende schottische Douche findet in *G.* einen

warmen Verehrer. Ihr Gebiet sind hauptsächlich die entzündlichen Krankheiten der Muskeln, Gelenke, Nerven und Knochen und ihre Residuen, Stasen und Hyperæmien aller Art, chronische Catarrhe des Unterleibes u. s. w. Sehr zweckmässig werden locale Umschläge daneben angewendet. Besondere Vortheile sah *G.* von der schottischen Douche, verbunden mit Milchcur bei der Behandlung der chronischen Nephritis, gestützt darauf, dass nach *Semmola* eine Hauptursache dieser Krankheit in einer mangelhaften Hautthätigkeit beruhe.

Die Herzkrankheiten bieten nach *G.* keine Contraindication, wie sonst allgemein angenommen wird, gegen eine mässige Anwendung des kalten Wassers. Im Gegentheil kann durch dasselbe (kalte Abreibungen und Douchen) der Compensationsstörung durch Hebung des Tonus der Gefässe bedeutend entgegengewirkt werden. Der Blutdruck im kleinen Kreislauf wird herabgesetzt, die venöse Stase vermindert und die Entleerung der Ventrikel erleichtert. Arteriosclerose und chronische Myocarditis, besonders aber die Angina pectoris erheischen jedoch grösste Vorsicht; kalte Douchen sind hier ganz zu unterlassen.

Die Unterschiede in der Wirkung der verschiedenen Arten von Sitzbädern werden einlässlich erörtert und ihre speciellen Indicationen bei der Behandlung der Pollutionen, der Spermatorrhoe, der sexuellen Schwäche etc. besprochen. Hier heisst es vor Allem: „Calmer d'abord, tonifier ensuite“, wenn man nicht, wie es so häufig geschieht, eine Verschlimmerung während der Behandlung erleben will. Mit Recht betont *G.*, dass gerade bei diesen Leiden der männlichen Sexualsphäre nur von einer sehr lange fortgesetzten Behandlung ein nachhaltiger Erfolg zu erwarten ist, nicht aber von den vom Herrn Hausarzt verordneten paar Wochen Wassercur. Hier wie bei zahlreichen andern Krankheiten erweist sich ferner die Combination des Wasserverfahrens mit der electrischen Behandlung besonders vortheilhaft und wird auch von *G.* warm empfohlen.

In den Halbbädern, Abreibungen und Wickeln sieht *G.* zwar recht nützliche und zuweilen nothwendige, im Ganzen aber doch der Strahldouche inferiore Operationen. Die deutschen Collegen dürften kaum diese Ansicht durchweg theilen. Bei Besprechung der beruhigend wirkenden Halbbäder kommt der Verfasser auch eingehender auf die Wasserbehandlung der Tabes zu reden. Er ist natürlich Anhänger des französischen Systems der Tabesbehandlung (kalte oder temperirte Strahldouchen) und glaubt, dass in 90% der Tabesfälle in den ersten Stadien dadurch guter Erfolg erzielt werde, speciell Besserung des Allgemeinbefindens, der Verdauung, des Ganges.

Doch müssen gerade bei diesen Kranken die Douchen mit besonderer Vorsicht angewendet werden. *G.* selbst hat diese Behandlung Anfangs nur zaghaft versucht, ist aber durch die augenscheinlich guten Erfolge kühner gemacht worden und vermuthet, dass die Furcht der deutschen Kliniker und Aerzte vor der Douche bei Tabes eine unbegründet grosse sei.

Es besteht hier ein auffallender Gegensatz. Wir deutschen Wasserärzte bekommen kaum je einen Tabeskranken in Behandlung ohne die ausdrückliche Weisung, ja keine Douchen zu geben und die *Charcot*'sche Schule kennt geradezu keine andere Art der Wasserbehandlung bei Tabes als die Strahldouche! *G.* sucht sich die Sache durch die Annahme zu erklären, dass in Frankreich in Folge von Temperament, Lebensweise und Gewöhnung die Douche überhaupt besser als anderswo ertragen werde.

Bei den andern Rückenmarkskrankheiten entscheidet hauptsächlich das Verhalten der Reflexerregbarkeit für oder gegen die Anwendung der Douche; wo erstere erhöht ist, da ist die Douche nicht am Platze. — Bei den syphilitischen Erkrankungen der Centralorgane werden neben der Schmiercur die Dampfbäder sehr empfohlen, namentlich behufs rascherer Eliminirung des Hg. aus dem Körper.

Auch bei der Behandlung der Epilepsie spielt neben grossen Dosen von Bromsalzen der lange fortgesetzte Gebrauch kalter Douchen die Hauptrolle. *G.* erwähnt mehrere, wirklich überraschende, auf diese Weise erzielte Heilungen schwerer Fälle dieser Neurose.

In ähnlicher Weise werden die Hysterie, die Chorea, der Morbus Basedowi besprochen. Die kalte Douche spielt auch hier eine Hauptrolle, allerdings in der Regel erst nach vorheriger Gewöhnung und Beruhigung durch mildere Proceduren. Die in Frankreich geradezu verpönten Einwicklungen finden in den Augen des Verfassers noch Gnade und werden als recht vortheilhaftes Verfahren empfohlen, namentlich bei den chronischen Störungen des

Stoffwechsels (z. B. Gicht, Diabetes), Krankheiten zwar, welche heutzutage, wie er mit Bedauern hervorhebt, leider immer seltener in die Wasserheilanstalten gesandt werden im Gegensatz zu frühern Zeiten, obschon sich gerade bei ihnen sehr gute Resultate erzielen lassen. Diese Anstalten werden dagegen mehr und mehr die Heilorte für die Krankheiten unserer Zeit, die nervöse Erschöpfung und die Anæmie. Die Behandlung muss sich daher dieser Veränderung des Publikums der Wasserheilanstalten anpassen und das Hauptgewicht auf die Wiederherstellung der nervösen Energie legen. Das Hauptmittel zu diesem Zwecke ist aber eben die kalte Douche, wenn sie nicht von roher Empirie und brutalem Fanatismus, sondern von der Hand des kundigen Arztes geleitet wird.

Trotz aller Verschiedenheiten in den Ansichten über den grösseren oder geringeren Werth der Douche in der Wasserbehandlung werden die vorliegenden Studien unseres verehrten Collegen *G.* vermöge ihrer lebendigen, auf reicher eigener Erfahrung beruhenden Darstellung viele Freunde auch unter deutschen Aerzten finden. Ihre Lectüre gewährt Genuss und sei hiemit jedem Collegen, der sich mit dem Wasserheilverfahren zu beschäftigen hat, bestens empfohlen. *Münch.*

Kurzsichtigkeit und Erziehung.

Academische Festrede zur Feier des Stiftungsfestes der Universität Bern am 20. November 1886, gehalten vom zeitigen Rector Dr. *E. Pflüger*. Wiesbaden 1887.

Die Rede des seit vielen Jahren auf dem Gebiete der Schulhygieine unermüdlich thätigen Verfassers gibt uns in kurzen Zügen ein Bild von der historischen Entwicklung und dem heutigen Stande der zu behandelnden Frage. Ueber die vielgestaltigen verderblichen Einflüsse der modernen Schule auf die Entwicklung der Jugend, und ganz besonders deren Augen, gehen leider selbst unter den Fachgenossen die Ansichten noch da und dort auseinander. Dass in Folge dessen auch bei den machthabenden Instanzen noch nicht alle Zweifel über diesen Punkt gehoben sind, ist verständlich. Um so dringender erwächst für die einsichtigen Schulhygieiniker die Pflicht, mit unerbittlicher Zähigkeit den feststehenden Thatsachen und ihrer Erkenntniss überall Geltung und Würdigung zu verschaffen. Dem Verfasser lagen die Resultate von 100 Untersuchungsreihen vor, die sich über die Augen von 111,500 Schülern erstreckten; eine zusammenfassende Statistik über annähernd die doppelte Anzahl ist nach seiner Mittheilung von anderer Seite zu gewärtigen. Diese Augenuntersuchungen gestalten sich zu einem mächtigen Beweismaterial für die grosse Schuld, welche die Schule an der zunehmenden Kurzsichtigkeit der jüngern Generationen trifft. Diese Schädigung der Schüler ist aber keineswegs nothwendig mit der Schule verbunden, sondern nur eine Folge mangelhafter Institutionen, die sich mit gutem Willen an allen Punkten verbessern lassen. Zu diesem Zwecke stellt der Verfasser eine Reihe hygieinischer Postulate für die Schule und den Unterricht, wie für die häusliche Erziehung auf. Die Schrift sei allen Schulfreunden auf's Wärmste zur Beherzigung empfohlen. *Bänziger* (Zürich).

Compendium der Augenheilkunde.

Nach weiland Dr. *Max Fetzer*'s systematischen Vorträgen. Herausgegeben von Dr. *J. Grünfeld.* Verlag von Moritz Perles. Wien, 1887. (520 S.)

An dem vorliegenden Buch kann leider nichts gelobt werden. Der Herausgeber, der schon im Vorwort zur 2. Auflage (1873) bemerkte, dass ihn seine Thätigkeit dem practischen Studium der Ophthalmologie entzogen habe, scheint demselben auch seither ziemlich fern geblieben zu sein. Das ganze Buch steht, mit Ausnahme einiger eingestreuten Neuigkeiten, im Widerspruch zu dem wissenschaftlichen Aufschwung und Ausbau, den seine Disciplin in den letzten Jahrzehnden auch nach dem Tode *A. v. Gräfe*'s erlebt hat. Es lässt uns durchweg die neuern pathologisch-anatomischen Anschauungen vermissen, zeichnet sich aber auch in der Eintheilung des Stoffs und in der Darstellung der klinischen Krankheitsbilder durch grosse Unklarheit und Verworrenheit aus, welchen der kümmerliche Stil vollkommen entspricht. Eine Blüthenlese wäre dem Werthe des Raumes nicht angemessen. Das Erscheinen dieser neuen Auflage des Buches ist um so weniger zu begreifen, als wir in dem ein Jahr früher erschienenen, ebenfalls der Wiener Schule entstammenden Grundriss der Augenheilkunde von *S. Klein* ein sehr gutes Compendium besitzen. *Bänziger* (Zürich).

Topographische Anatomie des menschlichen Orbitalinhalts.

In Tafeln dargestellt von Dr. *Otto Lange*, Augenarzt in Braunschweig. Braunschweig, Harald Bruhn. 1887.

Auf 9 Tafeln gibt uns der Verfasser die Darstellung einer Serie von 10 Querschnitten durch den gehärteten Orbitalinhalt des Menschen, vom foramen optic. bis zum Bulbus. Die Querschnitte wurden mit den Hülfsmitteln der modernen microscopischen Technik gewonnen, mittelst einer Laterna magica in fünffacher Vergrösserung direct auf das Papier entworfen und hier nachgezeichnet. Die Abbildungen geben die Farbentöne der mit Hämatoxylin und Eosin gefärbten Schnitte wieder und zeichnen sich durch ihre saubere und exacte Ausführung vortheilhaft aus.

Die Tafeln sind dazu bestimmt, bei der Diagnose von Orbitalerkrankungen einer richtigen Vorstellung der topographischen Verhältnisse zu Hülfe zu kommen und werden dieser Aufgabe gewiss in vollem Maasse gerecht werden. *Bänziger* (Zürich).

Bad Heustrich am Niesen (Berner Oberland). Seine Heilmittel und Indicationen.

Von Dr. *Martin Neukomm*. — Bern, K. J. Wyss, 1888. — 55 Seiten.

Das vorliegende Schriftchen zeichnet sich vortheilhaft aus durch seinen streng wissenschaftlichen Charakter, wie man ihn in der Bäderliteratur nicht immer gewahrt findet. Im Allgemeinen dienen diese Brochüren ja zur Reclame für die betreffenden Etablissemente. Nun liegt es auf der Hand, und das Vorwort sagt es auch ganz offen, dass die Schrift über Heustrich dazu mitwirken soll, die genannte Quelle und die Anstalt im Allgemeinen hauptsächlich im Auslande bekannter zu machen; es ist deshalb neben der deutschen auch eine französische Ausgabe in Vorbereitung. Wer aber die Abhandlung durchliest, findet darin keineswegs eine Empfehlung, welche in kritikloser Weise die vorhandenen Heilfactoren anpreist, sondern eine eingehende Besprechung der Wirkungsweise derselben, soweit der gegenwärtige Stand der physiologischen und pharmacodynamischen Wissenschaften sie zulässt, und auf Grund derselben eine gewissenhafte Sichtung der Indicationen. Vergleiche mit andern ähnlich mineralisirten Quellen sind vielfach herangezogen. Auch dem inländischen Collegen mag das neueste Product des Verfassers der verdienstlichen Abhandlung über Andermatt als Wintercurort (1888) empfohlen sein; es liest sich gut und enthält mancherlei Einzelheiten, die nicht nur mit Rücksicht auf seinen engern Gegenstand von Werth sind. *Trechsel.*

Cantonale Correspondenzen.

Acten der schweizerischen Aerztecommission.

Die schweizerische Aerztecommission an das Eidgen. Departement des Innern, zu Handen des hohen Bundesrathes der schweizerischen Eidgenossenschaft.

Hochgeachteter Herr Bundesrath!

Nachdem unser Bureau die Ehre gehabt, Ihnen den Eingang des Gutachtens zu bescheinigen, welches der Eidg. Schulrath Ihnen d. d. 30. März 1887 als Antwort auf unsere Petitionen vom 20. April 1886 und vom 27. März 1887 eingereicht, halten wir uns für verpflichtet, Ihnen im Namen der seither versammelten schweiz. Aerztecommission Ihre wohlwollenden Bemühungen auf's wärmste zu verdanken, und bitten wir Sie, unsere hiemit erfolgende Rückäusserung entgegenzunehmen aus welcher Sie, wie wir hoffen, ersehen werden, dass wir Ihre Zeit und Arbeit nicht aus Rechthaberei, sondern im Dienste einer principiellen und für das Volkswohl wichtigen Frage in Anspruch nehmen, welche schon seit 1873 auf den Tractanden des ärztlichen Centralvereines und der schweiz. Aerztecommission steht, deshalb auch zu verschiedenen Zeiten und in verschiedenen Formen wiederkehrt; die Frage heisst:

Soll der Bund für die Volksgesundheitspflege etwas leisten?

Da der Bund zunächst nur eine einzige Hochschule, das Eidg. Polytechnicum besitzt, und bisher für die in der Bundesverfassung von 1874 Art. 27 vorgesehene Unterstützung

der cantonalen Universitäten gar nichts gethan hat, glaubten wir uns darauf angewiesen, zu bitten, dass wenigstens am Polytechnicum die Hygieine in umfänglicherem Maasse gelehrt werde, als bisher. Wir berufen uns auf unsere beiden Petitionen, um zu beweisen, dass wir die ausgezeichnete Leitung und die glänzenden Leistungen dieser Anstalt vollständig anerkennen und dass unsere Wünsche keinerlei Vorwürfe enthalten.

Indem wir auf die uns übermittelte Antwort des eidg. Schulrathes näher eintreten, heben wir zunächst die im Begleitschreiben gegebene Erklärung heraus: „Ein obligatorisches Colleg, für welches allen Fachschulen zwei Morgenstunden per Woche weggenommen würden, dürfte dies (die Hygieine) freilich nie werden.“ Das bezeichnet den Kern der Frage. Wir sind der Meinung, dass die Hygieine allerdings, aus Gründen der Wissenschaft wie der Praxis, dazu angethan sei, ein obligatorisches Lehrfach zu werden, und berufen uns dabei auf die Thatsache, dass das an vielen deutschen und französischen technischen Hochschulen thatsächlich der Fall ist, sowie auf die Aussprüche *Pettenkofer*'s und anderer unangefochtener Fachmänner. Um kurz zu sein, erinnern wir hier nur an die Resolutionen des deutschen Vereines für Gesundheitstechnik von 1885, welche für technische Hochschulen verlangen:

1. Allgemeine Hygieine, von einem Arzte zu lehren.
2. Specieller Unterricht in einzelnen Disciplinen (wie wir ihn am Polytechnicum wirklich haben).
3. Obligatorium der Hygieine.
4. Museen und Versuchsanstalten.

Wir berufen uns ferner auf die bekannte Arbeit *Hartmann*'s „Ueber den hygieinischen Unterricht an technischen Hochschulen“,[1]) sowie ganz besonders auf die grundsätzliche und berühmte Rede, mit welcher *Pettenkofer* den hygieinischen Congress zu Wien den 26. September 1887 eröffnet hat.

Die im Gutachten des Professoren-Collegium des Eidgen. Polytechnicum angegebenen Gründe, warum Hygieine nicht im Besondern gelehrt werden müsse, sind genau dieselben, mit welchen im Laufe unseres Jahrhunderts viele Professoren-Collegien der Reihe nach die Unnöthigkeit bewiesen haben, für Physiologie, pathologische Anatomie und medicinische Chemie, für Psychiatrie, Ophthalmologie, Gynäkologie u. s. w. besondere Lehrstühle und Institute zu errichten, da ja alles, was in diesen Fächern zur Sprache komme, von bedeutenden und hochachtbaren Männern in ihren anderweitigen Collegien einlässlich behandelt werde. Die Widerlegung ist unterdessen geschichtlich geworden und abgeschlossen, und wir haben heute starken Grund zu bezweifeln, dass die Beweisführung gegen die Nothwendigkeit selbstständiger Collegien und Laboratorien für Hygieine, an einem internationalen Congresse, oder vor einem deutschen Ministerium, oder in der wissenschaftlichen Litteratur angetreten würde.

Wir anerkennen es dankbar, dass ganz entsprechend den Anforderungen unserer Zeit, in den Collegien über Bauconstructionslehre, Gebäudelehre, Ingenieurkunde, Technologie der Baumaterialien, über Botanik und über Geologie, sowie in den Laboratorien für Agriculturchemie, für technische Chemie, für Microscopie u. s. w. die wichtigsten Capitel der Hygieine mit einer wissenschaftlichen Vertiefung behandelt werden, wie sie bei einem einzelnen Collegium gar nicht stattfinden kann, zumal nicht durch schnell wechselnde Privatdocenten ohne alle Hülfsapparate und Laboratorien, wie es früher am Polytechnicum gebräuchlich gewesen. Der Lehrplan des Polytechnicum sichert einen vollständigen, ja glänzenden Unterricht in der Hygieine für Jeden, der die Ingenieurschule, die Bauschule, die Schule der Chemiker, die Ackerbauschule u. s. w., kurz das ganze Polytechnicum durchmacht. Das Polytechnicum lehrt Hygieine, aber der einzelne Polytechniker bekommt jeweilen nur ein Stück davon, und darin liegt der Grund, warum die Anstalt für die Popularisirung der Hygieine nicht das leisten kann, was unsere Zeit mit Recht verlangt. Wir verstehen unter Popularisirung hier nicht das müssige Dilettantenthum für gemischte

---

[1]) Gesundheits-Ingenieur 1885, Nr. 6 und 7.

Zuhörerschaft, sondern die Einbürgerung hygieinischer Gesichtspunkte und Kenntnisse bei möglichst vielen Studirten, Technikern und Verwaltungsbeamten, welche bei allen grossen Fragen der practischen Hygieine weit mehr zu sagen haben, als die Aerzte.

Während unsere Verhandlungen stattfinden, haben sich in der unmittelbarsten Nähe des Polytechnicum die Verhältnisse wesentlich geändert, und die Universität Zürich hat die Aufgaben des theoretischen und practischen Unterrichtes in der Hygieine in einer ihrer würdigen und vielversprechenden Weise zur Hand genommen; vortreffliche Lehrkräfte und ein hinlänglich grosses, gut eingerichtetes Laboratorium werden alles bieten, was wir früher vom Polytechnicum erhofften und es bleibt daher nur noch übrig, für Lehramtscandidaten wie für Techniker die Hygieine unter die obligatorischen Fächer aufzunehmen, wie es an vielen deutschen Schulen bereits der Fall ist. Es ist nicht leicht einzusehen, warum die Hochschule eines demokratischen Freistaates gerade die Volksgesundheitspflege grundsätzlich hintansetzen und „selbstverständlich“ nicht zum obligatorischen Fache machen sollte.

Ferner ist diese Forderung für das Polytechnicum, oder sagen wir besser für die Eidgenossenschaft, noch keineswegs gegenstandslos geworden, wenn es sich um Anlage einer grossen Modellsammlung, eines hygieinischen Museums handelt. Auch hier ist der Anschauungsunterricht der einzige ernstgemeinte Weg zum Fortschritte. Manches gehört dem Katheder an, Manches dem Laboratorium, Manches der hygieinischen Klinik, d. h. dem Besuche guter und schlechter Etablissements, Manches dem Museum! Das Eidg. Polytechnicum selber legt die glänzendsten Beweise ab, wie nöthig solche Sammlungen sind und es erscheint unverständlich, wenn wir Schweizer für alle möglichen Zweige der Wissenschaft, der Kunst und der Technik Sammlungen mit Bundesunterstützung anlegen, und nur mit den Sammlungen für Hygieine eine Ausnahme machen.

Wenn das Polytechnicum sich mit einem hygieinischen Museum grundsätzlich nicht befassen kann, so muss die Aufgabe den Universitäten allein zufallen; sie einfach abzuweisen, wäre eine Verläugnung wissenschaftlicher wie socialer Grundsätze.

Ganz gleich verhält es sich auch mit der Lebensmittelcontrole; diese bildet in den meisten auswärtigen Staaten (ausgenommen England, welches mit Wasserversorgung und Canalisation begonnen hat), ebenso in vielen Schweizer Cantonen, den Ausgangspunkt für die Volksgesundheitspflege überhaupt. Die „freie Concurrenz“ ist zum Wettrennen der Fälscher und Ueberthourer, „die freie Wahl“ zur Ausbeutung der Schwachen und Armen geworden, das Dogma, dass ein freier Mann sich selber helfen könne, hat zu schweren socialen Missständen geführt. Wenn monarchisch regierte Völker den Schutz des Staates auch für diese Lebensbedingung verlangen und erhalten, dürfen die Bürger einer gesunden Republik mit noch mehr Recht erwarten, dass ihre Regierungen sich wenigstens der Lebensmittelcontrole ernsthaft annehmen. Dazu sind cantonale Gesetze und Laboratorien nöthig, wie wir sie vielerorts haben, aber ebenso nöthig ist die Vereinbarung der Grundsätze, nach welchen untersucht, gestattet oder verboten wird, wenn nicht die ganze gutgemeinte Arbeit in eine Comödie auslaufen soll, in welcher der Betrüger immer hinter eine Cantonsgrenze schlüpfen und die sich widersprechenden Gesetze als gute Schutzwehr gebrauchen kann. Ein Eidg. Lebensmittelgesetz wird, wie jedes andere Gesetz, nur insoweit wirksam sein, als es Leute findet, die es verstehen, und wenn zu diesen Leuten zunächst nur die Aerzte gehören sollten, welche man seit langen Jahren über Hygieine examinirt, ohne sie jemals practisch unterrichtet zu haben, so ist das wieder ungenüglich; es braucht ein weitaus grösseres, für die Frage interessirtes und erzogenes Personal, und da kommen ebenfalls die zahlreichen, einflussreichen Techniker, Industriellen und Verwaltungsbeamten, Richter, Lehrer und Pharmazeuten in Betracht.

Sammlungen, und zwar recht ausgedehnte, Untersuchungen, und das wissenschaftlich einlässliche und genaue, müssen die starke Grundlage der staatlichen Lebensmittelcontrole bilden. Diese Aufgaben werden wieder dem Polytechnicum, oder besser: den vom Bunde hiefür subventionirten Universitäten zufallen. Wir treffen im Gutachten des Eidg. Polytechnicum eine Stelle, welche auch für diesen Theil der Arbeit charakteristisch ist; sie



lautet: „Wenn die Cantonschemiker nicht schon existirten, so dass ein solches Institut (ein Eidg. Hygieine-Laboratorium) statt derselben eintreten könnte, dann würde die Situation von vornherein viel günstiger liegen.“ Diese Ansicht erweckt die Vermuthung eines ganz aprioristischen Standpunktes. Im gewöhnlichen Leben sehen wir vielmehr, dass weit entfernte Laboratorien für den alltäglichen Bedarf nichts leisten, und dass die laufenden Geschäfte durchaus in jedem einzelnen Canton vorgenommen werden müssen. Einem academischen Laboratorium dagegen fallen die grossen grundlegenden Specialuntersuchungen, z. B. unserer vielen Normalweine, der Mehl- oder Petroleumsorten etc., sowie auch die Obergutachten zu. Wir zahlen dem Auslande jährlich viele Millionen für unentbehrliche Waaren, die Niemand genau controlirt und deren Werthbestimmung und öffentliche Schätzung wir den Speculanten überlassen.

Die academischen eidgenössischen Laboratorien werden sich zu den cantonalen Laboratorien verhalten wie die Universitäten zu den Cantonsschulen; beiderlei Anstalten haben ihre besonderen Aufgaben und müssen sich ergänzen. Wir verweisen bei diesem Anlasse wieder auf die kleine aber sehr lichtvolle Abhandlung des Eidg. Fabrikinspectors Dr. *Schuler*, vom November 1885.

Dass der epidemiologische Theil der Volksgesundheitspflege, besonders die bacteriologische Untersuchung, nicht an ein Polytechnicum, sondern an die medicinischen Facultäten gehört, ist unbestreitbar. Ebenso unbestreitbar aber ist auch der Werth dieser Untersuchungen, und wer sie mit vornehmer Skepsis abweisen wollte, der hätte die ganze Conserven-Industrie und ebenso die grossartig entwickelte Chirurgie unserer Zeit zu reformiren und einen bedeutenden Theil der modernen Naturwissenschaft zu widerlegen. Wir Schweizer dürfen auch an dieser Culturarbeit nicht theilnahmslos vorübergehen, sondern müssen derselben näher treten. Unsere schweizerische Mortalitätsziffer ist eine der höchsten in Europa, und hinter ihr steht eine entsprechend grosse Krankenziffer. Unter den Todten sind auch nicht blos Schwächlinge und Greise, sondern eine grosse Zahl sehr leistungsfähiger Menschen; denken wir nur an die in der Schweiz alljährlich angemeldeten 700 bis 1000 Todesfälle durch Typhus, eine vermeidbare Krankheit. Ferner gehören die den verschiedenen Todesursachen Entronnenen gar nicht immer zu den Gesunden und „Bewährten“, sondern sind erschreckend oft schwach und krank, wie auch unsere Rekrutenuntersuchungen beweisen.

Wir haben eine Menge die Volkskraft schwächender Einflüsse, zu deren Wahrnehmung und Beseitigung uns die Einsicht und der Wille, d. h. die hygieinische Erziehung fehlt. Wir nehmen es ruhig hin, dass sehr viele Gemeinden jährliche Mortalitäten von 3 Procent, also beinahe die Sterbeziffer von Spitälern haben.

„Die Leute können nicht besser gebildet als genährt werden“, sagt *J. Stuart Mill*, und diese ebenso hygieinische wie socialistische Formel löst uns manche bedrängende Räthsel. Unser Eidg. Epidemiengesetz reicht uns ein grosses Almosen für den Nothfall; aber ein gebildetes Volk hat Anspruch auf eine bessere sanitäre Geschäftsführung, um keines Almosens zu bedürfen. Mit der blossen Medicinkiste ist weder im Kriege noch im Frieden geholfen.

Es gibt kein Lebensgebiet, keine Industrie und kein Gewerbe, keine Wissenschaft noch Kunst, ja keinen angesehenen Sport, welchen die Eidgenossenschaft nicht ihre Unterstützung gewährte, und es lässt sich nicht verantworten, die Volksgesundheitspflege, und nur diese! von der Fürsorge und Hülfe des Bundes auszuschliessen, als wäre uns die Gesundheitspflege unbekannt und das Volk gleichgültig. Es ist auch ein Zeichen der Zeit, dass die schweizerische naturfoschende Gesellschaft, im August 1887 zu Frauenfeld, sich „mit Wärme den Forderungen der schweizerischen Aerztecommission anzuschliessen“ erklärte und das dringende Bedürfniss einer besseren Volksgesundheitspflege constatirte.

Die schweizerische Aerztecommission hat in der vorliegenden Frage einen sehr bequemen Standpunkt, denn sie und alle 77 % der schweizerischen Aerzte, welche durch sie vertreten werden, verlangen für sich oder ihren Beruf ganz und gar keine materielle Förderung. Wenn alle möglichen Gewerbe bei der Bundesversammlung um

Unterstützungen einkommen, wird mit Recht betont, dass die Blüthe eines Volkes von dem Wohlergehen seiner einzelnen Berufsclassen abhange; wenn aber wir Aerzte um eine kräftige und zeitgemässe Förderung der Hygieine bitten, so haben wir die Hebung der Volksgesundheit und nicht die Vergrösserung des Krankenstandes im Auge; ebenso liegen auch alle Vorschläge zur Ordnung des Medicinalwesens, die Controversen über Freigebung der Praxis, Geheimmittelwesen u. s. w. unserer heutigen Frage fern. Darum wagen wir auch zu hoffen, dass die Volksgesundheitspflege als eine, Allen gemeinsame und vollständig neutrale Angelegenheit, vor dem Getriebe der politischen Parteien bewahrt bleiben und allen Freunden des Volkes am Herzen liegen werde, und kommen wir zu folgenden Anträgen, um deren Erwägung und Ausführung wir Sie dringend bitten:

Der Bund möge, die Volksgesundheitspflege als hochwichtigen Verwaltungszweig zur „Beförderung der allgemeinen Wohlfahrt" anerkennend,

I. den theoretischen und practischen Unterricht in der Hygieine, insbesondere die Errichtung hygieinischer Museen und Laboratorien, durch Gesetzgebung und ökonomische Unterstützung begründen und fördern;

II. insbesondere den Art. 27 der Bundesverfassung, welcher Unterstützung der Universitäten in Aussicht stellt, bei diesem Anlasse zur That und Wahrheit werden lassen.

Unter den gegenwärtig gegebenen Verhältnissen halten wir die Subvention der Universitäten für die einzig mögliche Lösung der ebenso wichtigen wie dringenden Frage einer schweizerischen Volksgesundheitspflege.

Genehmigen Sie, Herr Bundesrath! die erneuerte Versicherung unserer ausgezeichneten Hochachtung und Ergebenheit!

St. Gallen und Lausanne, den 31. Januar 1888.

Im Namen der schweiz. Aerzte-Commission:
Der Präsident: Dr. *Sonderegger.*
Der Schriftführer: Dr. *de Cérenville.*

Luzern. Zur Revision des Art. 69 der Bundesverfassung. Die Bedeutung der Volksgesundheit, dieses grössten und köstlichsten aller Güter, dieses Kapitals, auf dem jegliche Arbeit und daher auch jeder wahre Fortschritt vor allem aus beruhen, erringt sich immer grössere Anerkennung, und die Sorge um Erhaltung und Förderung derselben drängt sich nach und nach den Regierungen aller unserer Nachbarstaaten gebieterisch auf. In jüngster Zeit rückt auch das schwer geprüfte Italien in die Linie derjenigen vor, welche da erkannt haben, dass es nicht genügt, allgemeine und besondere Massregeln gegen Volksseuchen hübsch paragraphirt mittelst Druckerschwärze zu Papier zu bringen, sondern dass hinter diese Paragraphen auch einsichtige und tatkräftige Fachleute gestellt werden müssen, Fachmänner, deren Aufgabe es ist, unablässig darum bemüht zu sein, nicht nur hereinbrechende Seuchen rechtzeitig zu erkennen, sondern auch den schleichenden Schäden, die an der Gesundheit und Kraft des Volkes zehren, nachzuspüren und dieselben aufzudecken, Fachleute, die dann auch jederzeit bereit und gerüstet sind, jeglichem Unheil mit allen Waffen der Wissenschaft und Erfahrung entgegen zu treten.

Der von Crispi, damals noch Minister des Innern, vor einiger Zeit eingebrachte Entwurf eines Gesundheitsgesetzes für das geeinigte Königreich sieht einen, unter dem Minister des Innern stehenden Generaldirektor des gesamten Gesundheitswesens vor, welchem ein technisches Bureau mit den nötigen Laboratorien — behufs Handhabung der Lebensmittelkontrole und Vornahme aller ins Gebiet der Hygieine fallenden physikalischen und chemischen Untersuchungen — und gleichzeitig auch ein höchster Gesundheitsrat beizugeben sind. Dieser Obergesundheitsrat soll nach Crispi's Entwurf aus 16 Mitgliedern bestehen, worunter sechs im Gebiete der Hygieine wohlbewanderte Aerzte, zwei Professoren der Chemie, ein Tierarzt und die beiden Generalstabsärzte der Armee und der Marine. Für jede Provinz ist ein Provinzialarzt vorgesehen, dem ein Provinzialgesundheitsrat konsultativ zur Seite steht. Endlich soll auch für jede Gemeinde aus der Zahl der daselbst niedergelassenen Aerzte ein hygieinischer Rathgeber bezeichnet werden. Das ist das durch das neue Gesetz vorgesehene Personal, dem in Zukunft der offizielle Gesundheitsdienst übertragen werden soll.

In einem 2. Abschnitte bringt der Entwurf die nähern Bestimmungen über die Zulassung zur ärztlichen, tierärztlichen und pharmazeutischen Praxis und regulirt die Aufsicht über die Spezerei- und Farbenhandlungen, die Parfümerien, die Fabrikation und Anpreisung chemischer und pharmazeutischer Produkte (Giftverkauf und Geheimmittelwesen) etc.

Der 3. Abschnitt handelt von der Hygieine der Wohnungen. — Es möge mir hier anschliessend erlaubt sein, auf die höchst bedeutungsvolle Rede aufmerksam zu machen, welche der Abgeordnete Miquel jüngst im deutschen Reichstage über die Notwendigkeit eines Wohnungsgesetzes gehalten hat. — Der 4. Abschnitt regulirt die Lebensmittelpolizei, der 5. enthält die Massregeln gegen gemeingefährliche Seuchen und ruft unter anderm der Anzeigepflicht der Aerzte; in einem 6. Abschnitte ist von der Kirchhofpolizei, der Feuerbestattung etc. die Rede.

Man wird zugeben müssen, dass das italienische Ministerium des Innern die betreffende Aufgabe mit Ernst und Umsicht erfasst hat. Wann werden auch wir in die Linie einrücken?

Vor allem aus müssen wir zu der Einsicht gelangen, dass eine Gesundheitspflege und Medizinalpolizei, die von 25 verschiedenen Behörden nach ebenso vielen verschiedenen Gesetzen und Gesetzchen ausgeübt wird und die nicht ineinander greift, sondern oft in ebenso vielen Richtungen auseinander oder sich zuwiderläuft — Baselstadt soll etwas davon zu erzählen wissen —, eigentlich keine ist und unter Umständen schlimmer als keine. Unser papierenes eidg. Seuchengesetz kann an den bestehenden Uebelständen wenig ändern, denn nicht nur sind demselben sehr enge Grenzen gezogen, sondern es hat ja auch seinem innern Wesen nach überhaupt erst dann in Wirksamkeit zu treten, wenn „die Geländer und die Dämme“ zu brechen anfangen. In gewöhnlichen Zeiten schläft es in der Gesetzessammlung den Schlaf des Gerechten, ist doch nicht einmal jemand damit beauftragt, dessen allfällig nötig werdende Ausführung in den Einzelheiten vorzubereiten.

Was ist zu tun, um eine Wandlung zum bessern herbeizuführen?

Bekanntlich ist man dem Andrange der sozialistischen Begehren durch Gewährung eines „Arbeitersekretärs“ — mit einem Kredite von 10,000 Fr. — entgegengekommen, und doch ist dessen Aufgabe vorläufig keine andere, als durch statistische Erhebungen und Untersuchungen über Arbeits-, Lohn-, Unfalls-, Krankheits-, Alters- und Sterbeverhältnisse der eigentlichen Lohnarbeiter eine feste Grundlage für eine bezügliche Gesetzgebung zu schaffen. Wäre es denn so ungeheuerlich, wenn im Interesse der Volksgesundheit, die doch sozusagen auch von sozialer Bedeutung ist, ein „Gesundheitssekretär“ als ständiger Beamte ins eidg. Departement des Innern berufen würde? Dessen Arbeitsprogramm dürfte sich kaum weniger umfangreich als dasjenige des Arbeitersekretärs gestalten, wenn auch unser Sekretär oder Referent sich keineswegs mit statistischen Zahlenreihen abzumühen brauchte, da ihm diese fix und fertig vom statistischen Bureau geliefert werden können. Eine seiner Hauptaufgaben wäre es, die Revision des Art. 69 der Bundesverfassung in dem von mir in Olten angedeuteten Sinne anzubahnen — denn: ohne Revision keine einheitliche Sanitätsgesetzgebung! — und gleichzeitig den Entwurf eines gemeinsamen Sanitätspolizeigesetzes auszuarbeiten, eine Aufgabe, die um so schwieriger zu lösen sein dürfte, als dabei recht vielen „berechtigten Eigentümlichkeiten“ würde Rechnung getragen werden müssen.

Uebrigens wäre es leicht, dem Sanitätsreferenten schon jetzt auch einen praktischen Wirkungskreis anzuweisen, so dass er nicht wie der Arbeitersekretär dazu verurteilt wäre, vorläufig bloss die Rolle eines Zukunftsmusikers zu spielen. Es bedürfte dazu nur einer kleinen Abänderung der bundesrätlichen Verordnung für die eidg. Medizinalprüfungen, wonach dann der eidg. Gesundheitsreferent von Amts wegen Präsident des leitenden Ausschusses sein würde. Damit käme derselbe sofort mitten in eine Elite von Professoren und Examinatoren zu sitzen, die junge Generation der Aerzte würde ihm gleichsam in die Hände wachsen und bezüglich der ältern könnte er sich — in Anlehnung an die oberfeldärztliche Kontrole — durch Anlage und sorgfältige Fortführung einer eigenen Kontrole über die „Bewegung“ des gesamten in der Schweiz praktizirenden Medizinalpersonals allzeit die umfassendste Auskunft verschaffen, was im Notfalle eine grosse Be-

deutung hätte. Selbstverständlich würde er auch bezüglich des Art. 33 der Bundesverfassung die „schärfere Lesart“ zur Geltung zu bringen suchen u. s. w. u. s. w.

Wie aus obigem leicht ersichtlich, kann ich mich mit der Anstellung eines Sanitätssekretärs ganz gut befreunden, sobald man denselben auf ein Arbeitsprogramm verpflichtet, dessen Angelpunkt in der Vereinheitlichung der Sanitätspolizei-Gesetzgebung liegt.

Luzern, März 1888. Dr. *Schnyder*.

Solothurn. Eine Instrumenten- und Verbandtasche für die chirurgische und gynäcologische Praxis, die allen Anforderungen der Antiseptik genügt, ist auf folgende einfache und billige Weise zu construiren. Man legt vom besten schwarzen oder grauen Unterlagstoff ein Stück von 75 cm. Breite und 60—80 cm. Länge, die schmale Seite gegen sich gekehrt, vor sich hin und schlägt beiderseits ca. 10 cm. nach innen um. Vom untern Ende beginnend wird dann auf beiden Seiten dieser Umschlag in 4—5 Falten gelegt und dieser Faltenwurf durch eine Agraffe fixirt, wie sie zum Zusammenhalten von Briefen etc. verwendet wird. Weiter oben werden innerhalb der Umschlagsfalte in Abständen von 4—5 cm. kleine Löcher gestochen; durch Einstecken zweier weiterer Agraffen (je nach dem Inhalt der Tasche) in irgend eines dieser Löcher und Befestigen der ersten Falte kann dann die von unten aufgerollte Tasche vor dem seitlichen Aufgehen geschützt werden. Das ganze Material besteht somit aus dem Umschlagtuch und 4 Agraffen und im fernern aus 1 oder 2 elastischen Schnüren, um die Rolle gelegt; jede unnütze Naht ist so vermieden und stets eine gründliche Reinigung der Tasche möglich, die für den Transport von Verbandstoffen, chirurgischen und geburtshülflichen Instrumenten eine leicht handliche und gefällige schützende Umhüllung bildet, die nie mehr Raum einnimmt, als der zu bergende Inhalt. Die Instrumente werden am besten noch auf einem Stücke Tuch oder Zwilch fixirt. Für die Landpraxis kann die Rolle nach Art eines Ränzelchens an einem Lederriemen über den Rücken getragen werden; auch lässt sie sich im Nothfall rasch völlig entfalten und bei Operationen als Unterlage oder Schürze verwenden. Da sich diese einfache Rolle leicht zu jeder Zeit und auf billige Weise (für ca. 3 Fr.) herstellen lässt und vor den landläufigen, oft sehr unpractischen und voluminösen Handköfferchen und Reisetaschen entschiedene Vorzüge bietet, dürfte sie bei manchem der Herren Collegen practische Verwendung finden. *M. v. Arx*, Olten.

Wochenbericht.

Schweiz.

Hülfskasse für Schweizer Aerzte.

„Media vita in morte sumus!“ Als *Baader* eben seine Jahresrechnung für die Hülfskasse abgeschlossen und alles bereit gelegt hatte, den alljährlichen Aufruf an seine Collegen wieder ergehen zu lassen, da überfiel ihn seine terminale Pneumonie. Der Begründer und Verwalter unseres Unternehmens, der Fürsprecher aller Bedrängten, der Collega im besten Sinne des Wortes: er legte seine Feder hin und übergab uns sein Werk, dass wir es in seinem Sinne weiter führen. Wir schweizerischen Aerzte nehmen sein Vermächtniss an, im Gefühle unserer Hinfälligkeit, die ja alles, was wir sind und haben, in Frage stellt; wir nehmen es an mit der klaren Erkenntniss, dass wir auf allen Lebensgebieten genau das sind, was wir thun, und mit dem Willen, dem Heimgegangenen jeden Frühling ein feierliches Leichengeleite zu geben, indem wir seinem Vorbilde nachfolgen und das, was er begonnen, in werkthätiger Freundschaft fortsetzen.

Wir bitten unsere Herren Collegen, ihre Beiträge an Herrn Physikus Dr. *Lotz-Landerer* in Basel einzusenden, welcher die Güte hat, die Verwaltung der Hülfskasse wenigstens vorläufig zu übernehmen.

St. Gallen und Lausanne, den 12. März 1888.

Im Namen der schweizerischen Aerzte-Commission:
Der Präsident: Dr. *Sonderegger*.
Der Schriftführer: Dr. *de Cérenville*.



Canton.	Zahld.patent. Aerzte 1887	Zahl der Theilnehmer	Zahl der Beiträge	Betrag. 1883	1884	1885	1886	1887	Erste Beiträge.	Zweite Beiträge.	Dritte Beiträge.	Vierte Beiträge.	Fünfte Beiträge.	Sechste Beiträge.	Spender von 1 Beitrag	2 Beitr.	3 Beitr.	4 Beitr.	5 Beitr.	6 Beitr.	Summe
				Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.							Fr.
Aargau	83	56	128	537	250	385	[1]495	435	972	590	375	145	20	—	21	10	15	8	2	—	2102
Appenzell	26	12	19	60	20	[2]180	[2]200	[2]150	330	150	130	—	—	—	7	3	2	—	—	—	610
Baselstadt	60	36	78	525	570	[3]595	400	1075	1590	960	345	230	40	—	14	10	6	4	2	—	3165
Baselland	20	13	18	85	[4]160	45	55	45	320	65	5	—	—	—	9	3	1	—	—	—	390
Bern	177	121	285	1357	[5]670	920	897	1135	2517	1182	775	420	70	15	43	27	21	26	3	1	4979
Freiburg	33	15	30	85	70	90	80	60	205	110	60	10	—	—	6	4	4	1	—	—	385
St. Gallen	126	63	135	650	115	[6]840	[7]985	[8]735	1900	630	415	220	160	—	28	11	14	7	3	—	3325
Genf	96	22	48	155	110	220	285	355	520	295	120	110	80	—	11	4	2	2	3	—	1125
Glarus	18	12	27	115	—	110	145	110	220	120	80	60	—	—	6	1	1	4	—	—	480
Graubünden	70	37	96	10	290	385	330	380	500	465	265	140	25	—	8	11	8	8	2	—	1395
Luzern	76	44	99	380	160	275	467	270	667	450	190	180	65	—	18	13	2	6	5	—	1552
Neuenburg	56	22	44	143	—	300	170	120	423	130	110	60	10	—	14	1	1	5	1	—	733
Schaffhausen	27	11	22	70	—	55	105	35	170	70	25	—	—	—	4	3	4	—	—	—	265
Schwyz	29	10	19	40	30	20	150	80	190	100	20	10	—	—	4	4	1	1	—	—	320
Solothurn	31	30	65	200	295	[9]230	130	135	560	170	125	75	60	—	14	6	5	1	4	—	990
Tessin	93	33	52	—	142	[10]163	[10]173	[10]153	307	158	148	18	—	—	24	2	4	3	—	—	631
Thurgau	52	22	50	[11]430	90	[11]360	295	220	620	395	195	165	20	—	7	7	4	3	1	—	1395
Unterwalden	16	2	3	10	—	—	—	20	20	10	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	30
Uri	5	3	3	20	20	—	—	—	40	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	40
Waadt	139	32	61	205	80	395	315	350	670	345	230	60	40	—	16	7	6	2	1	—	1345
Wallis	28	3	5	10	—	30	20	20	50	30	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	80
Zug	16	11	31	90	70	60	55	75	150	95	65	40	—	—	1	4	2	4	—	—	350
Zürich	198	120	264	1865	[12]465	[14]1713	[13]1490	1225	3733	1625	820	460	120	—	50	25	21	19	5	—	6758
Diverse	—	13	17	530	100	2605	2025	1140	6300	25	25	25	25	—	12	—	—	—	1	—	6400
	1475	743	1599	7572	3707	9976	9267	8323	22974	8170	4523	2428	735	15	322	159	124	104	33	1	38845
				38845					38845						322	318	372	416	165	6	

= 1599 Beiträge, 743 Theilnehmer.

[1] Aarg. Med. Gesellsch. Fr. 100. [2] Gesellsch. Appenz. Aerzte je Fr. 100. [3] Gelegenheitsgabe einiger Basler Aerzte Fr. 30. [4] Cant. Gesellsch. Fr. 100. [5] Cant. Gesellsch. Fr. 500. [6] Aerztl. Verein Sargans-Werdenberg Fr. 100 (plus Frau Dr. Bischoff Fr. 2500 vide Diverse). [7] Med. Cant.-Verein St. Gallen Fr. 500. [8] Rheinthal. Aerzteverein Fr. 30. [9] Cant. Gesellsch. Fr. 100. [10] Società med. della Svizz. ital. je Fr. 100. [11] Werthbühlia je Fr. 140. [12] Med. Gesellsch. d. Oberl. Fr. 80. [13] Dieselbe Fr. 100. [14] Cant. Gesellsch. Fr. 500.

Beiträge. Zahl.	Betrag. Fr.	Ct.	Vereine.	Aargau.	Appenzell.	Baselstadt.	Baselland.	Bern.	Freiburg.	St. Gallen.	Genf.	Glarus.	Graubünden.	Luzern.	Neuenburg.	Schaffhausen.	Schwyz.	Solothurn.	Tessin.	Thurgau.	Unterwalden.	Uri.	Waadt.	Wallis.	Zug.	Zürich.	Diverse.	Summe. Fr.	Ct.
1	2500	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	[1] 1	2500	—
1	2000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	[2] 1	2000	—
6	500	—	[3, 4, 5] 3	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	[6, 7] 2	3000	—
1	443	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	[8] 1	443	15
1	300	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	300	—
1	250	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	250	—
2	200	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	400	—
2	140	—	[9, 10] 2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	280	—
1	120	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	120	—
40	100	—	[11–21] 11	—	1	5	—	5	—	3	2	—	—	—	—	—	1	1	—	2	—	—	3	—	—	5	[22] 1	4000	—
1	86	85	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	[23] 1	86	85
2	80	—	[24] 1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	160	—
1	60	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	60	—
1	58	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	58	—
94	50	—	—	3	—	5	1	9	—	13	7	—	2	5	5	—	1	1	—	7	—	—	4	—	—	29	[25, 26] 2	4700	—
34	40	—	—	2	—	8	—	3	—	4	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	9	—	1360	—
44	30	—	[27, 28] 2	1	2	5	—	8	—	6	3	—	3	—	—	—	—	1	1	2	—	—	1	—	—	8	[29] 1	1320	—
42	25	—	—	2	—	3	—	3	1	5	1	1	8	—	1	2	—	—	—	5	—	—	1	—	—	5	[30] 4	1050	—
398	20	—	—	50	2	25	9	61	7	28	12	16	18	31	8	4	—	11	—	10	—	1	17	3	6	78	[31] 1	7960	—
36	15	—	—	3	—	—	1	4	—	7	—	1	4	4	1	1	—	2	—	—	—	—	1	—	1	6	—	540	—
1	12	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	—
763	10	—	—	62	11	19	3	171	22	57	21	8	49	52	27	9	17	44	16	14	3	2	25	2	19	108	[32, 33] 2	7630	—
1	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—
2	7	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	—
114	5	—	—	3	—	2	3	18	—	9	2	—	11	4	1	6	—	4	24	8	—	—	5	—	5	9	—	570	—
5	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	15	—
4	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—
1599			19	127	16	77	17	284	30	132	48	27	96	99	44	22	19	64	49	48	3	3	61	5	31	261	17	38845	—

[1] Frau Dr. Bischoff in St. Fiden.
[2] Legat des Herrn Prof. Dr. A. Burckhardt-Meriansel. in Basel.
[3] Berner Cantonalgesellschaft.
[4] Med. Cantonalverein St. Gallen.
[5] Zürcher Cantonalgesellschaft.
[6] Von den Erben des Herrn Prof. Dr. Miescher-His sel. zu dessen Andenken.
[7] Durch Hrn. G. Finsler zum Andenken u. auf Wunsch von Hrn. Dr. C. Meyer-Wegmann sel.
[8] Genf, Comité du congrès international, Saldo.
[9] u. [10] Werthbühlia, Oberthurgau.
[11] [12] [13] Gesellsch. Appenz. Aerzte beider Rhoden.
[14] Medic. Verein von Baselland.
[15] Aerztl. Verein Sargans-Werdenberg.
[16] Solothurner Cantonalgesellsch.
[17] [18] [19] Società med. della Svizzera italiana.
[20] u. [23] Aerztl. Gesellschaft des Zürcher Oberlandes.
[21] Aarg. Cantonalgesellschaft.
[22] u. [30] Herr Dr. Hess in Cairo.
[23] Jubiläum Würzburg, Saldo.
[25] Herr Prof. His in Leipzig.
[26] Herr Dr. H. Wunderlich, Curanstalt Schöneck am Vierwaldstättersee.
[27] Gelegenheitsgabe einiger Basler Aerzte.
[28] Rheinthal. Aerzteverein.
[29] Vom Operationswiederholungscurs in Zürich.
[31] Frau Dr. Werdmüller in Dombresson.
[32] Herr Speich-Egger in Glarus.
[33] Frau Sch.-S. in Th.

Fünfte Rechnung der Hülfskasse für Schweizer Aerzte. Vom 1. Januar bis 31. December 1887.

Einnahmen.

		Anzahl.	Fr. Ct.	Fr. Ct.
Saldo alter Rechnung				69. 39
Beiträge:				
Aus dem Canton Aargau		31	435. —	
" " " Appenzell	[1]) 1 à 100, 2 à 50	3	150. —	
" " " Baselstadt		23	1075. —[2])	
" " " Baselland		3	45. —	
" " " Bern		70	1135. —	
" " " Freiburg		6	60. —	
" " " St. Gallen	[1]) 1 à 30, 35 à 705	36	735. —	
" " " Genf		15	355. —	
" " " Glarus		7	110. —	
" " " Graubünden		23	380. —	
" " " Luzern		20	270. —	
" " " Neuenburg		8	120. —	
" " " Schaffhausen		4	35. —	
" " " Schwyz		4	80. —	
" " " Solothurn		10	135. —	
" " " Tessin	[1]) 1 à 100, 7 à 53	8	153. —	
" " " Thurgau		10	220. —	
" " " Unterwalden		2	20. —	
" " " Waadt		18	350. —	
" " " Wallis		1	20. —	
" " " Zug		7	75. —	
" " " Zürich		61	1225. —	7183. —
Von Diversen:				
Von Herrn Dr. Ed. Hess in Cairo (IV. und V. Sp.)		2	50. —	
" den Erben des Herrn Prof. Dr. Miescher-His sel. in Basel zu dessen Andenken		1	500. —	
Durch Herrn G. Finsler zum Andenken und auf Wunsch des Herrn Dr. C. Meyer-Wegmann sel. in Zürich		1	500. —	
Von Herrn Dr. H. Wunderlich, Curanstalt Schöneck am Vierwaldstättersee		1	50. —	
" Frau Sch.-S. aus Th.		1	10. —	
Vom Operationswiederholungscurs in Zürich		1	30. —	1140. —
		377		
Capitalzinse				1380. 18
Capitalrückzahlungen				9908. 65
				19681. 22

[1]) Sind Beiträge von Vereinen.

[2]) Incl. der Spende von Herrn Prof. Dr. Aug. Socin Fr. 500.

Ausgaben.

	Fr. Ct.	Fr. Ct.
1. Capitalanlagen	16,784. 18	
2. Abschreibung von Agio und Marchzinsen auf Neuanlagen	122. 80	
3. Courtage, Comm. und Depositengebühr an die Bank in Basel	33. 85	
4. Porti und Frankaturen	65. 47	
5. Druckkosten und dergleichen	124. 90	
6. Verwaltungskosten (an Herrn Buser)	182. 75	
7. Unterstützungen an 8 Collegen und Wittwen von solchen in 60 Spenden	2365. —	
8. Baarsaldo auf neue Rechnung	2. 27	19681. 22

Die eigentlichen Einnahmen sind:

Freiwillige Beiträge von Aerzten	7183. —
Diverse Beiträge	140. —
Zwei Legate von je Fr. 500	1000. —
Zinse, durch die Bank in Basel eingegangen	1380. 18
„ beim Verwalter eingegangen bei Capitalrückzahlungen	14. 05
Rückvergütung von Agio und Commissionsgebühr	4. —
	9721. 23

Die eigentlichen Ausgaben sind:

Die Posten 2—7 wie vorstehend	2894. 77
Also Mehreinnahme gleich dem Betrag der Vermögenszunahme	6826. 46

Status.

Verzinsliche Rechnung auf der Bank in Basel	3549. 67
46 bei der Bank in Basel deponirte Schuldtitel	33000. —
Baarsaldo	2. 27
Status des Vermögens am 31. December 1887	36551. 94
Am 31. December 1886 betrug dasselbe	29725. 48
Zunahme im Jahr 1887	6826. 46

Jahr	Einzahlungen: Freiwillige Beiträge v. Aerzten Fr.	Diverse Fr.	Legate Fr.	Unterstützungen: Betrag Fr.	Spenden	Bestand der Kasse Ende des Jahres Fr. Ct.	Vermögens-Zunahme Fr. Ct.
1883	7042	530	—	—	—	7396 95	— —
1884	3607	100	—	—	—	11391 91	3994 96
1885	7371	105	2500	200	1	21387 06	9995 15
1886	7242	25	2000	1530	22	29725 48	8338 42
1887	7183 [1]	140	1000	2365	60	36551 94	6826 46
	32445	900	5500	4095	83		29154 99
	38845					(von 1883)	7396 95
							36551 94

Basel, den 8. Januar 1888. Der Verwalter: *A. Baader.*

Den Herren Revisoren und der schweizerischen Aerztecommission wurde diese Rechnung, zudem aber eine detaillirtere, wie früher ausgestellte Rechnung vorgelegt.

A. Baader.

Herrn Dr. *Sonderegger*, Präsident der Schweizerischen Aerzte-Commission!

Hochgeehrter Herr!

Ihrer Aufforderung entsprechend haben die Unterzeichneten die Revision der fünften Jahresrechnung der Hülfskasse für Schweizer Aerzte vorgenommen. Mit Ausnahme der

[1]) Darunter eine Gelegenheitsspende von Fr. 500.

Beiträge der Herren Aerzte, für welche die Controle in der öffentlichen Verdankung im „Correspondenzblatte für Schweizer Aerzte", der „Revue médicale de la Suisse romande" und dem „Bolletino medico di Ticino" liegt, haben wir die gesammte Rechnungsführung, die Belege der Einnahmen und Ausgaben, sowie die Titelanlagen geprüft und Alles in bester Ordnung gefunden.

Die genauere Verfolgung der Beiträge zeigt, wie bisher, dass die Theilnahme der Aerzte in verschiedenen Cantonen eine sehr verschiedene ist und dass bei stärkerer Betheiligung der nachlässigeren Gruppen das Wachsthum der Kasse viel stärker könnte gefördert werden. Die bisherige Entwicklung der Kasse und ihrer Leistungen geht aus den nachfolgenden Ziffern hervor.

	Regelmässige Beiträge der Aerzte.	Ausserord. Beiträge und Legate.	Ausbezahlte Unterstützungen.	Bestand der Kasse am Ende des Jahres.
1883	7042	530	—	7396. 95
1884	3607	100	—	11391. 91
1885	7371	2605	200	21387. 06
1886	7242	2025	1530	29725. 48
1887	7183	1140	2365	36551. 94

Indem wir beantragen, diese fünfte Jahresrechnung zu genehmigen, können wir leider nicht beifügen: unter bester Verdankung des unermüdlichen Verwalters. Während wir diesen Bericht erstatten, ist *Arnold Baader,* dessen vielbewährte Thatkraft vor Allem auch der Hülfskasse seit ihrer Gründung zu Gute gekommen ist, uns für immer entrissen worden.

Wir schliessen mit dem Wunsche, es möge in der kräftigen Weiterentwicklung der Hülfskasse der Geist ihres ersten Verwalters, seine zielbewusste und hingebende Fürsorge fortleben.

Mit dem Ausdrucke vorzüglicher Hochachtung

Basel, Ende Februar 1888.

R. Iselin. Dr. *Th. Lotz.* Dr. *Rud. Massini.*

— **Acid. carbol. camphor.** Im medicinisch-pharmaceutischen Verein von Bern — 20. December 1887 — zog die Discussion über Menthol auch den Campher in Erwägung und liess ihn als Antisepticum fallen.

Ein Campherpräparat verdient jedoch Beachtung. Bekanntlich verbindet sich gepulverter Campher mit crystallisirter Carbolsäure, ohne weitere Zuthat, durch einfaches Schütteln in einem Reagenzglas zu einer klaren Flüssigkeit. Ein Theil Carbolsäure nimmt auf diese Weise bis drei Theile Campher auf.

In dieser Verbindung büsst die Carbolsäure ihre ätzende, nicht die antiseptische Wirkung ein. Auf die Zunge gebracht, erzeugt diese Mischung kaum Brennen, sie röthet die äussere Haut nicht, greift blanken Stahl nicht an, schmerzt in Wunden weniger als Alcohol und verdeckt den Carbolgeruch vollständig. Das Präparat ist elegant, zuverlässig und empfehlenswerth. Dr. *Th. Schneider* (Basel).

Ausland.

Sowohl Prof. *Liebermeister* von Tübingen, als auch Prof. *Erb* von Heidelberg haben den Ruf auf den klinischen Lehrstuhl in Leipzig abgelehnt.

Ueber Litholyse. (Nach einer Arbeit von Dr. *Posner* in der Deutschen medic. Wochenschr. Nr. 8, 1888.)

Die Empfehlungen der Brunnen- und Badeorte gegen die Beschwerden der harnsauren Diathese oder harnsauren Steinbildung sind Legion — und der Arzt, der hierüber einen Rath ertheilen soll, muss eher einer therapeutischen Intuition als einer wissenschaftlich begründeten Ueberlegung folgen. Unter diesen Umständen dürfen wir für Versuche, die uns wenigstens klar machen, in welcher Weise die Kräfte unseres Arzneischatzes im Einzelfalle am besten zu verwerthen wären, dankbar sein.

Ebstein zeigte, dass das vielgepriesene Lith. carbon., welches in reiner Lösung eine ziemlich erhebliche harnsäurelösende Wirkung besitzt, als Chlorlithium in den Urin übergeht und in dieser Form fast unwirksam ist. —

Es war ein glücklicher Griff von *Emil Pfeiffer* in Wiesbaden, nicht, wie es bis dahin geschehen war, die Brunnen oder die Lösungen der Arzneimittel selbst auf ihre therapeutische Verwendbarkeit zu prüfen, sondern den Urin, welcher nach dem Gebrauch dieser Mittel entleert wird, in dieser Richtung zu untersuchen. *Pfeiffer* hat in seinen Mittheilungen auf dem Congress für innere Medicin 1886 sich wesentlich auf Repräsentanten von drei Gruppen von Mineralwässern dabei beschränkt. Er hat vor allen Dingen das altberühmte alcalisch-sulfatische Karlsbader Wasser in dieser Richtung untersucht, dann die Kochsalzquelle von Wiesbaden, die practisch wohl weniger für diese Dinge verwendet wird, und endlich einen Repräsentanten der rein alcalischen Wässer, die Quelle von Fachingen. Die Resultate seiner Untersuchungen waren die, dass die Karlsbader Quelle allerdings während ihres Gebrauches dem Urin eine erhebliche, Harnsäure lösende Kraft ertheile, die aber unmittelbar nach dem Aussetzen wieder schwand und im Gegentheil dann zu einer vermehrten Abscheidung von Harnsäure führte. Bei Wiesbaden war das Gleiche der Fall, nur dass die Harnsäure lösende Eigenschaft, wie das vorauszusetzen war, ganz erheblich geringer blieb als bei Karlsbad. Aber auch diese geringe Wirkung verschwand ebenso schnell. Anders Fachingen. Nach dem Gebrauche von Fachinger Wasser zu einem Kruge pro Tag nahm der Urin schon am zweiten Tage eine ausgeprägte Harnsäure lösende Eigenschaft an, und diese Eigenschaft erhielt sich noch ungefähr, wenn das Wasser etwa 5 Tage gebraucht worden war, 3—4 Tage deutlich, um ganz allmälig zu verschwinden. Diese Untersuchungen haben, beiläufig bemerkt, bereits auch die practische Wirkung gehabt, dass das Fachinger Wasser, welches bis dahin ziemlich stiefmütterlich behandelt war, einen ausserordentlichen Aufschwung im Verbrauch genommen hat.

Posner und *Goldenberg* haben hierüber Nachuntersuchungen angestellt. *Pfeiffer* stellte seine Untersuchungen in der Art an, dass er bestimmte Mengen des Urins nach dem Genuss bestimmter Mengen des Mineralwassers auf ein Filter gab, auf welches vorher abgewogene Mengen chemisch reiner Harnsäure gebracht waren, und den Substanzverlust nach dem Filtriren und nach dem nachherigen Trocknen u. s. w. wog. Dass diese Methode berechtigt sei, hat *Pfeiffer* selbst in einer Reihe von Untersuchungen, die wir auch nachprüften, hinreichend bewiesen. Es zeigte sich namentlich, einmal, dass nicht schon etwa normaler Urin eine ähnliche, Harnsäure lösende Eigenschaft in dieser Weise ausübt, sondern im Gegentheil das Gewicht der Harnsäure nach dem Durchfiltriren vermehrt, während Wasser eine Abnahme, die sich in bescheidenen Grenzen hält, hervorbringt. *Pfeiffer* ist der Sache noch näher getreten, durch quantitative Analysen hat er in dem Urin vor und nach dem Filtriren den Substanzverlust noch durch Wägung nachweisen können. Es war also augenscheinlich gegen die Methode nichts einzuwenden.

Posner und *Goldenberg* beschränkten sich bei ihren Untersuchungen auf die rein alcalischen Quellen, die ja gegenwärtig im Vordergrunde des Interesses stehen. Sie konnten besonders die *Pfeiffer*'schen Versuche mit reiner Harnsäure bei Gebrauch alcalischer Wässer und die Nachwirkungen des Wassers bestätigen, und es gelang ihnen auch, eine Scala der Wirksamkeit der verschiedenen Brunnen zu ermitteln, indem sich zeigte, dass die Harnsäure lösende Wirksamkeit der alcalischen Quellen direct von ihrem Gehalt an Na_2CO_3 abhängt. Den erheblichsten Gehalt daran hatte die in Deutschland erst wenig bekannte Quelle von Vals (Désiréequelle), welche mit über 6 : 1000 Natr. carbon. beinahe 8‰ kohlensauren Alcalien, an der Spitze aller dieser Quellen steht. Mit dieser haben sie auch diejenigen Resultate erhalten, welche in jeder Hinsicht als die befriedigendsten bezeichnet werden können, namentlich bei Berücksichtigung des Verhaltens der harnsauren Steine. In 100 grm. des betreffenden Urins wurden ca. 0,1 Harnsäure gelöst, eine Zahl, die ziemlich beträchtlich erscheinen wird, wenn man bedenkt, dass nach derselben Methode destillirtes Wasser bei Körpertemperatur nur ca. 0,04 grm. aufzulösen vermag.

Vals fast ebenbürtig ist die Quelle Grande Grille von Vichy, dann kam eine, in Deutschland ziemlich unbekannte, die Ulricusquelle von Passugg, (ganz in der Nähe von Chur), dann Fachingen, dann Wildunger Helenenquelle, dann Salzbrunner Kronenquelle. Diese löste am wenigsten, nur den 5. Theil etwa des Quantums der Quelle von Vals, etwa die Hälfte des Betrages, den die Fachinger löste. Dieses Resultat, dass die Harnsäure lösende Kraft eine Function des Gehalts an Na_2CO_3 zu sein schien, veranlasste *P.* und *G.* auch auf die einfachen Arzneimittel ihre Untersuchungen auszudehnen, in der Hoffnung, dass es gelingen könne, wenigstens für den Gebrauch im Hause die Brunnen

bei ihren immerhin ins Gewicht fallenden Preisen durch einfachere Mittel zu ersetzen. In der That zeigte sich, dass eine ganze Reihe von einfachen Alcalien in dieser Beziehung, rein quantitativ betrachtet, ziemlich dieselben Resultate zu geben im Stande war, wie bei den Brunnen. Zuerst das Natr. bic. Gaben von etwa 4—5 grm. pro Tag, die noch leidlich gut vertragen werden, ergeben annähernd dieselben Grössen, wie Fachingen, aber es zeigte sich, dass man diese Gaben nicht so lange reichen kann als die Brunnen. In ähnlicher Weise wirken die von *Cantani* angegebenen bekannten Pulver aus Natr. bic., Lithion carb. und Ka. citr., und an diese schloss sich an die ebenfalls in der Praxis beliebte Magnesia boro-citrica. Den tiefsten Rang nahm der Borax ein.

Pfeiffer hatte seine Untersuchungen nach derselben Methode an harnsauren Steinen ausgeführt und kam zu dem Schlusse, dass diese durch den Gebrauch des Fachingerwassers sehr rasch aufgelöst wurden. *P.* und *G.* sprechen sich etwas sceptischer hierüber aus. Harnsteine in Urin gelegt, der nach Gebrauch von Vals oder Fachingen gelassen, erlitten allerdings einen Gewichtsverlust durch leichte Arrosionen an der Oberfläche, aber nur einmal wurde der Stein wirklich gelockert und mürbe, wie *Pf.* angibt.

Posner glaubt demnach den Satz vertreten zu können, dass man überall da, wo es sich um eine rasche Einwirkung, möglichst schnelles Auflösen eines Harnsäureüberschusses handelt, von welcher Art er auch immer sei, zu den am stärksten wirkenden Mitteln, den Quellen von Vals und Vichy, allenfalls auch Fachingen, unter allen Umständen zu greifen hat, dass diesen Quellen aber am nächsten stehen nicht etwa die alcali-ärmeren Quellen, sondern dass diesen Quellen am nächsten stehen grosse arzneiliche Gaben von Natr. bicarbonicum. Aber wo es sich darum handelt, eine länger dauernde Cur durchzumachen, möchte P. vor diesen allzu starken alcalischen Brunnen nachdrücklich warnen. Es tritt hier das bekannte Factum mit erstaunlicher Schnelligkeit ein, dass der Urin alcalisch wird, und dass die sämmtlichen practischen Vortheile der Harnsäurelösung verloren gehen gegenüber dem Nachtheil einer zu erheblichen Alcali-Niederschlagung; namentlich gilt das für gewisse Steine, bei denen man die Bildung der Phosphatrinde nur beschleunigen würde.

Was die Dosirung der Brunnen betrifft, so kann man darin dem von *Pfeiffer* gegebenen Rath folgen: bei den stärkeren Alcalien genügt es, und das ist practisch von Bedeutung, nicht täglich die Brunnen trinken zu lassen, vielmehr nach 2—3 Trinktagen einen oder zwei Ruhetage einzuschieben. Die Harnsäure lösende Kraft des Urins wird durch die Pause in keiner Weise beeinträchtigt. Auf die Grösse des zu trinkenden Quantums kommt es für die absolute Wirkung des Urins weniger an als man erwarten sollte. Es ist ziemlich gleich für das augenblicklich zur Untersuchung stehende Quantum Urin, ob Patient eine halbe oder ganze Flasche Fachinger getrunken hat.

Aus diesen Versuchen geht mit voller Sicherheit hervor, dass bei irgendwie grössern Blasensteinen man von Einwirkung von noch so hoch gegriffenen Dosen von Alcalien nichts zu erwarten hat, während harnsaures Gries allerdings einer solchen Behandlung noch zugänglich ist.

Creolin — ein neues Antisepticum. Seit der Sublimat sich allgemeiner Zustimmung in der chirurgischen Praxis zu erfreuen hat, ist die „Nachfrage“ nach einem neuen Antisepticum nicht gar lebhaft und diesbezügliche Vorschläge und Empfehlungen verhallen meist unbeachtet. Obschon die Wunden nicht reizend, von eminent antiseptischer Kraft muss der Sublimatverbrauch seiner Giftigkeit halber weise beschränkt bleiben — und darin liegt es, dass neuerdings verschiedene zuverlässige Stimmen zu Gunsten eines absolut unschädlichen Mittels, eines zuverlässigen und zugleich reizlosen Desinficiens sich erheben. Das Bessere ist der Feind des Guten.

Das Creolin, in England seit einiger Zeit eingeführt und in Deutschland vor Kurzem in Gebrauch gezogen, scheint keine chemisch reine und gut definirte Substanz zu sein und muss (da seine Darstellungsweise geheim gehalten wird) den Geheimmitteln beigezählt werden. — Es kommt in unverdünntem Zustande als syrupöse, dunkelbraune Flüssigkeit in den Handel; es riecht nach Theer und bildet mit Wasser in jeder Concentration eine milchige Emulsion. Gewonnen wird dasselbe aus der Destillation einer englischen Steinkohlenart durch genau bestimmte Fractionsmethoden; ausserdem erhält es den Zusatz eines Alcali.

Dr. *Esmarch* hat es auf seine antiseptischen Eigenschaften geprüft und wie ich kurz erwähnen will, zeigte sich das neue Präparat bei gleicher Concentration wirksamer als Carbol, und von besonders günstiger Wirkung in Reinculturen von Eitermicroorganismen.

Diese Resultate ermunterten dann auch sehr bald einige Forscher zur Anwendung des Mittels in der chirurgischen Praxis. Es liegen uns Berichte von *Kortüm*, *Spaeth* und *Neudörfer* vor mit übereinstimmend empfehlendem Urtheil. Das Mittel wurde sowohl in 1 oder 2%-Lösung zum Ausspülen der Wunden, als zur Imprägnation von Verbandstoffen benützt. Die Wunden blieben reizlos, heilten gut, Eczeme traten keine auf. — Vergiftungserscheinungen zeigten sich keine. Hunde und Pferde ertrugen interne ohne Nachtheil grosse Dosen — bis zu 50 grm. *Neudörfer* nennt das Creolin — etwas enthusiastisch! — für Land- und Kriegspraxis das verlässlichste, bequemste, billigste und unschädlichste Antisepticum. —

Stand der Infections-Krankheiten.

		Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperalfieber	Parotitis	Ophthalmoblennorrhœa	Variola
Zürich u. Aussengem.	4. III.-10. III.	6	1	—	6	1	5	2	—	—	—	—
	11. III.-17. III.	3	1	—	7	2	4	2	—	—	—	—
Bern	4. III.-10. III.	1	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—
	11. III.-17. III.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Basel	11. III.-25. III.	55	—	5	—	2	18	11	1	4	2	—

In Basel sind von den Scharlachfällen 20 auf dem Südostplateau, 17 in Kleinbasel, 13 im Birsigthal; von den Erkrankten besuchen 5 Kleinkinder-, 18 Primar-, 8 Secundarschulen; keine Schule 16; erwachsen sind 8.

In eigener Sache.

Unsern verehrten Mitarbeitern und Lesern zeigen wir hiemit an, dass es uns gelungen ist, für die Redaction unseres Blattes Herrn *Dr. Elias Haffter von Frauenfeld* zu gewinnen.

Wir freuen uns, die Leitung des Correspondenz-Blattes der bewährten Kraft unseres geschätzten Collegen Haffter anvertrauen zu dürfen, der als Präsident des Centralvereins und als Mitglied der schweizerischen Aerztecommission eng mit den allgemeinen Interessen unserer schweiz. Collegen verbunden ist und zugleich als practischer Arzt allseitig beschäftigt, am ehesten deren Bedürfnissen und Wünschen Rechnung zu tragen weiss.

So glauben wir unsern Lesern gerecht geworden zu sein und hoffen, dass unsere geehrten Mitarbeiter, für deren stetige und werthvolle Hülfe wir hiemit herzlich danken, dem Blatte auch fernerhin ihr geschätztes Wohlwollen erhalten mögen.

Der Verleger: *Benno Schwabe.* Der Redactor: *Garrè.*

☛ Alle Zusendungen für die Redaction sind von nun an gefälligst an Herrn Dr. *E. Haffter* in Frauenfeld, Correcturen, Abonnementsbestellungen, Inserate und Adressenänderungen dagegen an den Verleger, Herrn *Benno Schwabe,* Buchhändler in Basel, zu richten.

☛ Hülfskasse für Schweizer Aerzte. Wie Sie dem in dieser Nummer enthaltenen Berichte zur Rechnung der Hülfskasse pro 1887 entnehmen, hat Herr Dr. *Th. Lotz-Landerer* in Basel die Verwaltung derselben übernommen. Alle diesbezüglichen Correspondenzen und Geldsendungen sind daher von nun an an Herrn Dr. *Th. Lotz-Landerer* in Basel direct zu adressiren.

Zuschriften in Sachen des ärztlichen Centralvereins sind an Herrn Dr. *E. Haffter* in Frauenfeld als derzeitigen Präsidenten zu richten.

Briefkasten.

Dr. *M.* in L. Ganz recht! Der Necrolog *Baader* stammt aus der Feder unseres geschätzten Mitarbeiters Dr. *Lotz*, Physikus in Basel.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats.
Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 12. — für die Schweiz, Fr. 14. 50 für das Ausland.
Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. E. Haffter

in Frauenfeld.

N°. 8. XVIII. Jahrg. 1888. 15. April.

An unsere Leser!

Innert wenig mehr als Jahresfrist hat sich über den beiden vorzüglichen Männern, deren Namen seit 1872 die Spitze dieses Blattes schmückten, das Grab geschlossen. Unter ihrer Führung ist das Correspondenzblatt das geworden, was sie in gemeinschaftlicher, ernster Arbeit anstrebten — das geistige Band, welches die schweizerischen Aerzte zusammenhält, und ein Organ, welches in medicinischen Kreisen, auch des Auslandes, Achtung und Anerkennung geniesst. Die Namen *Burckhardt-Merian* und *Baader* bleiben mit unauslöschlichen Lettern in die Geschichte unseres Blattes und in die Herzen seiner Leser eingeschrieben.

Ein Dritter, wie Wenige dazu berufen, die Redaction im Geiste der verblichenen Freunde fortzuführen, wurde durch einen ehrenvollen Ruf in's Ausland uns entrissen, nachdem er kaum ein Jahr lang seine Kräfte und sein warmes Interesse unserm Blatte hatte widmen können. Dr. *Garrè* ist mit 1. April als I. Assistent der chirurgischen Klinik und Docent für Bacteriologie nach Tübingen übergesiedelt. Er wird nach wie vor zu unsern treuen Mitarbeitern zählen, kann aber selbstverständlich die Leitung dieses Blattes nicht beibehalten. Unter heutigem Datum übernimmt dieselbe der Unterzeichnete, freilich nach längerem Bedenken und mit sehr gemischten Gefühlen; denn er weiss wohl, ein Herz, das warm für den schönen und idealen Zweck des Blattes schlägt, der gute Wille, die Gefühle der Zusammengehörigkeit der Schweizerärzte zu heben und dafür einzustehen, die Begeisterung für unsern herrlichen, aber oft so mühevollen und auch undankbaren Beruf, der Wunsch, an den Aufgaben der socialen Medicin mitzuhelfen — sie thun's nicht allein — es braucht mehr, viel mehr, und nur die zahlreichen ausge-

zeichneten Mitarbeiter, die in treuer und activer Freundschaft zum Correspondenzblatte halten, ermuthigen ihn zur Uebernahme der Redactionspflichten.

Es wäre nicht nur pietätlos, sondern auch unklug, den Charakter, den das Blatt unter den Händen unserer geschiedenen Freunde so erfolgreich angenommen hat, verändern zu wollen; es wird durchaus in bisheriger Weise weiter erscheinen und es soll der Redactionswechsel so wenig, als nur immer möglich, fühlbar werden.

Wie bisher wird es vor Allem auf die Bedürfnisse des practischen Arztes Rücksicht nehmen, aber nie vergessen, dass das Streben nach der Lichtseite, nach Wissenschaftlichkeit unerlässliches Lebens- und Entwicklungsbedingniss ist; es soll die erleuchtenden Strahlen, die von den Brennpunkten wissenschaftlicher Forschung — den Universitäten und Spitälern — ausgehen bis zum Practicus des entlegenen Bergdorfes tragen; es soll aber auch dem practischen Arzte Gelegenheit geben, wichtige Beobachtungen, die er machte und welche zu abgerundeter Arbeit auszuspinnen er nicht Zeit und Gelegenheit findet, mitzutheilen; so kann Jeder sein Scherflein beitragen und manches Goldkorn, das sonst im Sande unterginge, wird auf diese Weise nutzbar gemacht. — Das Correspondenzblatt wird auch fernerhin nach besten Kräften im Geiste wahrer Collegialität für unsern Stand und seine Ehre einstehen und nicht müde werden, an den vielfachen Aufgaben der socialen Medicin, am wirklichen Wohle unseres Volkes zu arbeiten. — Dies sind die Ziele, welche seine langjährigen Redactoren dem Blatte setzten; diesen Zielen wird auch die neue Redaction nachstreben, gestützt und getragen durch die zuversichtliche Hoffnung, dass das Vermächtniss *Burckhardt-Merian*'s und *Baader*'s bleiben wird, was es bisher war:

Das Organ der schweizerischen Aerzte.

Frauenfeld, den 1. April 1888. *E. Haffter.*

Original-Arbeiten.

Actinomycosis hominis II.

Von Dr. **A. Münch** (Brestenberg).

Im Jahrgang 1887 des Correspondenz-Blattes (Nr. 4 und 5) habe ich über einen selbst beobachteten Fall von Strahlpilzerkrankung berichtet und weitere Mittheilungen über denselben in Aussicht gestellt. Durch besonders günstige Umstände ist es mir nun vergönnt, diesem Versprechen nachzukommen und sowohl über die ferneren Schicksale des Kranken als über das Resultat der Obduction an dieser Stelle Bericht zu erstatten.

Kurz nach der s. Z. beschriebenen Auskratzung der kranken Stellen an der r. Brustseite bildete sich ein neuer, nussgrosser Abscess über dem Sternalende der VII. r. Rippe, der ebenfalls incidirt und ausgelöffelt wurde. Er enthielt in röthlichem, gallertigem Granulationsgewebe sehr zahlreiche Pilzdrusen. Diesem Abscess folgten nun leider in kurzer Frist weitere. Trotz relativ gutem Allgemeinbefinden nahmen die Abmagerung und das cachectische, fahle Aussehen allmälig zu, der Husten wurde stärker und in dem reichlichen, eitrig-schleimigen, stellenweise auch

blutig gestreiften Auswurfe waren Anfangs März sehr zahlreiche, aber meist nur kleine Pilzkörner zu finden. Ende März war Folgendes zu constatiren: Bedeutende Anæmie und Abmagerung. Leichtes Oedem am Sacrum. Die Dämpfung und Einsinkung der r. Brustseite ist nach oben vorgeschritten und auch l. h. u. zeigt sich eine Abschwächung des Schalles und des Athemgeräusches. In der r. Lendengegend, entsprechend der Spitze der XII. Rippe, hat sich ein gänseeigrosser, deutlich fluctuirender Abscess gebildet; die Haut darüber ist dunkelviolett verfärbt. In der Gegend der IX. r. Rippe in der Axillarlinie ist ein fernerer Abscess in der Bildung begriffen. Die s. Z. incidirten Herde sind bis auf feine Fistelöffnungen in den straffen Narben ausgeheilt. Aus den Fisteln entleert sich ab und zu ein Tropfen dünnen, zuweilen pilzhaltigen Eiters. Im Urin nichts Abnormes.

Am 6. April wurde der grosse, erhebliche Schmerzen verursachende, zwischen Haut und Fascie sitzende Abscess in der Lendengegend breit incidirt und ausgekratzt. Es entleerte sich diesmal reichlicher, übel riechender Eiter, welcher so massenhafte Pilzkörner enthielt, dass das Ganze einer dicken Griessuppe ähnlich sah. Das die Höhle auskleidende Granulationsgewebe war wie bei dem erst incidirten Abscesse schmutzig gelb, fetzig. Wundbehandlung wie früher.

Dieses war der letzte Streich. Denn als sich nun wiederum neue Abscesse an andern Stellen entwickelten und die Fisteln der gespaltenen Herde nicht zuheilen wollten, verlor der Patient das Zutrauen zu chirurgischer Hülfe, was man ihm auch gar nicht übel nehmen konnte, und beschloss, der Sache den Lauf zu lassen und nicht mehr zu „doctern". Ich sah ihn von da an nicht mehr und vernahm nur ab und zu, dass es immer schlechter mit ihm gehe und er grosse Schmerzen leide.

Mein College, Bezirksarzt *Baur* in Sarmenstorf, der den Patienten später zuweilen besuchte, constatirte das Auftreten zahlreicher Abscesse an den verschiedensten Stellen des Körpers, von welchen viele spontan aufbrachen und nach Entleerung von schmutzigem, bluthaltigem Eiter sich bis auf fistulöse Geschwüre wieder schlossen. Husten und Auswurf hörten nicht auf, die Oedeme nahmen zu und am 18. November, also ungefähr 3 Jahre nach Beginn der Krankheit, erfolgte der Tod unter den Symptomen einer acut auftretenden Herzparalyse.

Die Erlaubniss zu der längst gewünschten Section wurde gerne ertheilt und Herr Prof. *M. Roth* hatte die grosse Güte, dieselbe am 21. November 1887 selbst in der Wohnung des Verstorbenen vorzunehmen.

Aus dem ausführlichen Sectionsprotocolle ist Folgendes hervorzuheben:

Gut gebauter, aber sehr abgemagerter Körper mit atrophischer Haut und Musculatur. Beine und untere Rückengegend œdematös.

Ueber den ganzen Körper zerstreut zahlreiche, haselnuss- bis gänseeigrosse fluctuirende Anschwellungen unter der Haut. Es finden sich solche an der behaarten Kopfschwarte, an beiden Ober- und Vorderarmen, über dem rechten Darmbeinkamm, am Bauche, an beiden Ober- und Unterschenkeln. Stellenweise ist die Haut über diesen Tumoren oberflächlich erodirt oder verdünnt und bläulich verfärbt.

Diese Abscesse sitzen theils nur zwischen Haut und Fascie, theils reichen sie tief in die Musculatur hinein oder gehören ausschliesslich der letzteren an. So enthält der l. M. triceps brachii einen hühnereigrossen Abscess mit weichen, fetzigen Wandungen, der l. M. quadriceps femoris eine fast faustgrosse Höhle, in welcher mehr als 50 cc. braunrothen Eiters enthalten sind. In dem Eiter selbst sind zahlreiche weissliche Körner zu bemerken, die sich microscopisch als Actinomycesrasen erweisen.

An Stelle der früheren Incisionen sieht man fistulöse Geschwüre. Neben und zwischen den noch geschlossenen Abscessen findet sich noch eine grössere Anzahl kleinerer und grösserer, flacher, zackiger Ulcerationen der Haut, so besonders am Rücken, der seitlichen Brustwand und an den Extremitäten. In den Ulcerationen münden fistulöse Gänge, durch welche die Sonde verschieden weit unter die Haut dringt, ohne jedoch irgendwo auf Knochen zu stossen.

Bei Eröffnung der Bauchhöhle entleeren sich ca. 2½ l. trübe, molkige Flüssigkeit, in welcher keinerlei Pilzelemente sichtbar sind. In der Gegend der früheren Incisionen an der Brustwand ist die Haut den Rippen fest adhärent, die Musculatur schwielig, atrophisch, von fistulösen Gängen mit schmierigen gelben Wandungen durchsetzt. Unter diesen Stellen zeigt sich die Leber ausgedehnt fest mit dem Zwerchfell verwachsen.

Das Herz ist gross und wiegt 714 grm. Der Herzbeutel ist völlig obliterirt und mit den Lungen durch derbe Schwielen verwachsen. Die Oberfläche des Herzens ist schwielig. Die Schwielen sind am bedeutendsten an der Herzbasis und erreichen hier im Sulcus circularis 2—3 cm. Dicke. In denselben sieht man zahlreiche gelbröthliche, weiche Einlagerungen.

In der Nähe der Art. pulmon. sitzt auf dem r. Ventrikel ein bohnengrosser, flacher, gelblicher Knoten, daneben ein kleinerer erbsengrosser. Aus beiden entleert sich beim Einschneiden gelbe, dicke Flüssigkeit. Bei der Eröffnung des r. Ventrikels zeigt sich der obliterirte Herzbeutel 1 cm. dick, grauweiss, œdematös. Aus mehreren Stellen seiner Schnittfläche entleert sich eitrige Flüssigkeit, nach deren Entfernung schmutzig-gelbe, erweichte Herde zum Vorschein kommen. Der r. Ventrikel ist erweitert, hypertrophisch, die Pulmonalklappen sind gut erhalten. Dicht zwischen v. und l. Klappe sitzt unter dem Endocard ein gelapptes, erbsengrosses, weiches Knötchen und am Septum weiter unten ein ähnliches. Die Innenwand des r. Ventrikels zeigt einen 5 Frankenstück grossen Sehnenfleck, mit zahlreichen gelblichen Erhöhungen besetzt, welche sich beim Einschneiden als abscessartige, das Herzfleisch durchsetzende Erweichungsherde darstellen. In den eitrigen Massen finden sich zahlreiche, feine, etwas consistente, weissgelbe Pilzkörner. Zwischen den Trabekeln des r. Herzens sitzen einige gelbliche, hanfkorngrosse Knötchen, die mit Knoten des Herzfleisches in Verbindung stehen. Die Knötchen sind weich und entleeren Eiter, Körnchenzellen und Actinomycesrasen.

Aus dem Ostium der Coronarvene ragt in den r. Vorhof eine über erbsengrosse graurothe, weiche, beim Einschneiden eiterartig zerfliessende Masse. Unterhalb von diesem Thrombus sitzt ein erbsengrosser, höckeriger, gelblicher Knoten, der mit einem grossen Herd in den Herzbeutelschwielen zusammenhängt. Er ist

weich und entleert auf leichten Druck weissliche Flüssigkeit, in welcher Eiterkörperchen und Pilzrasen sich finden. Im weiteren Verlauf des Sinus coronar. finden sich noch 1 und in der V. magna cordis coron. noch 2 erbsengrosse Geschwulstthromben. Unter dem Endocard des r. Ventrikels sitzt ferner ein gelblicher Punkt, welcher sich als ein ganz isolirter Actinomycesrasen von ca. 0,2 mm. Durchmesser zu erkennen gibt; in der Umgebung keine Spur von Reaction. Dieser Rasen ist wohl erst vor Kurzem auf embolischem Wege hierher gelangt.

Der l. Ventrikel ist ebenfalls erweitert und hypertrophisch. In den Schwarten des Pericard bis zur Herzspitze hinab und zum Theil in der Herzmusculatur selbst sitzen zahlreiche bis erbsengrosse Abscesse und gelbe, etwas consistentere Herde. Die Aorten- und Mitralklappen sind intact. Auf der vorderen Wand des engen, schwieligen l. Herzohres sitzt ein kleines, gelbes Knötchen, auf der hinteren Wand eine bohnengrosse, graugelbe, höckerige Geschwulstmasse.

Die aus den Herz- und Herzbeutelabscessen gewonnenen Pilzrasen besitzen zuweilen eine auffallende Grösse; es fand sich beispielsweise ein solcher von ca. 1 : 2 mm. Durchmesser. Auch zeigen manche Rasen ein sehr schönes, parallelfaseriges Mycelium.

Beide Lungen sind überall adhärent und mit dem Herzbeutel durch derbe Schwarten verbunden. Besonders fest ist die r. Lunge von der V. Rippe an abwärts mit der Brustwand verwachsen. Die Schwielen erreichen hier bis 3 cm. Dicke und sind in der Höhe der VI.—VIII. Rippe von gelben, verästelten Streifen durchsetzt, die mit ähnlichen in den schwielig entarteten Intercostalmuskeln zusammenhängen.

Oberhalb des hilus der l. Lunge zeigen sich 2 hanfkorngrosse eiterartige Stellen. Der obere Lappen der l. Lunge ist lufthaltig, grauroth, stark œdematös und zeigt zerstreute, spärliche, hanfkorn- bis erbsengrosse Aggregate von grauen Knötchen, in deren Centrum hie und da eine opake, gelbliche Stelle bemerkbar ist. Der untere Lappen ist wenig lufthaltig, dunkelroth, œdematös und weist ähnliche über hirsekorngrosse Knötchen auf.

Beim Abtrennen des r. untern Lungenlappens von den Wirbeln entleert sich hie und da Eiter. Das Zellgewebe über den seitlichen Theilen des VII.—XI. Brustwirbels ist höckerig, stellenweise fluctuirend, gelblich, von unregelmässigen Abscesshöhlen durchsetzt. Einzelne Stellen an den Wirbeln sind rauh.

Die r. Lunge ist klein, der untere und mittlere Lappen sind geschrumpft und von schwieligen, gelben Massen dick umgeben. In dem wenig lufthaltigen, œdematösen oberen Lappen finden sich dieselben hirsekorn- bis erbsengrossen grauen Knötchen mit gelben Centren wie links. Aehnliche sitzen auch in dem luftleeren, carneficirten unteren und mittleren Lappen.

Im Secret der Bronchien des r. Unterlappens fanden sich verhältnissmässig zahlreiche, gelbweisse Körner. Dies gab Veranlassung, die Bronchien nach der Peripherie zu verfolgen. Dabei fand sich ein schwielig ausgeglätteter, 2,5 cm. langer Fistelgang, welcher einen dicht am unteren äusseren Umfang der Lunge gelegenen Bronchus mit einem bohnengrossen Abscess der pleuritischen Schwielen

verband. Die Wandungen des Abscesses, welcher mit den Eitergängen der schwieligen Umgebung communicirte, zeigten sich weich, zottig, schwefelgelb.

Die in den Lungen zerstreuten Knötchen ergeben sich bei der microscopischen Untersuchung als peribronchitische Herde. Die kleinen Bronchien sind hier verengt, die Wand zeigt sich durch Einlagerung von Spindel- und Rundzellen in ihren äusseren Schichten verdickt. Auf einzelnen Schnitten ist die Bronchialwand gegen das verengte Lumen durch eine kleinzellige, in Fettdegeneration befindliche und zerklüftete Wucherung eingenommen. An solchen Stellen liegen ein oder mehrere Pilzrasen. Die benachbarten Alveolarwandungen sind durch Rund- und Spindelzellen aufgetrieben, die Alveolen abgeplattet. Im weiteren Umkreis enthalten die Alveolen öfter Haufen von Schleim- und Eiterkörperchen.

Die Organe der Mundhöhle, der Rachen, die Tonsillen, Larynx, Trachea und der Oesophagus zeigen durchaus nichts Abnormes.

Der Aortenbogen ist durch ein Conglomerat graurother, zum Theil schiefriger Drüsen in die Höhe gedrängt. Von Eiter ist in den Drüsen nichts zu finden.

Die M i l z ist vergrössert, von zäher Consistenz. Die Trabekel sind hypertrophisch. Nirgends zeigen sich Einlagerungen oder Abscesse.

Die N i e r e n zeigen glatte Oberfläche. Sie sind schmutzig grauroth, œdematös, blass und ohne alle Neubildungen. Die r. Niere steht tief und ist durch derbes, schwieliges Gewebe völlig unverschiebbar mit ihrer Unterlage verwachsen. Der r. Ileopsoas ist schwielig, œdematös, von zahlreichen, gelblichen Fistelgängen durchsetzt.

Der r. H o d e n zeigt auf dem hinteren Umfang seines Durchschnittes einen wallnussgrossen und einen zweiten erbsengrossen Herd von gelblicher Farbe und zerfliessend weicher Consistenz. Im Eiter finden sich zahlreiche, feine Körner. Der l. Hoden ist normal. Blase, Prostata und vesiculæ semin. sind ohne besondere Veränderung.

Die N e b e n n i e r e n sind atrophisch. Die L e b e r ist normal gross, derb, zähe, die Acini sind klein, undeutlich, die Farbe schmutzig grauroth. Nirgends zeigen sich Neubildungen. Die portalen, mesenterialen und retroperitonealen Drüsen sind durchweg etwas vergrössert, grau, aber ohne allen Eiter oder Einlagerungen.

Magen und unterer Theil des Darmcanales bieten nichts besonders Bemerkenswerthes. Im mittleren Theil des J e j u n u m dagegen, auf einer Länge von ca. 50 cm. finden sich etwa 40 zerstreute, hanfkorngrosse, geschlossene, meist bläulich durchscheinende Knötchen. Sie sitzen in der Basis der Falten und stellen sich beim Einschneiden als Abscesse der Submucosa dar. Sie enthalten grauweisse Flüssigkeit und öfters ein gelbliches, consistentes Korn. Von Ulceration ist nichts zu bemerken, die Mucosa ist an diesen Stellen ganz unverändert.

Das Zellgewebe vor und seitlich von der Wirbelsäule, namentlich rechterseits, von den unteren Brustwirbeln an bis ins kleine Becken hinab ist überall schwielig, höckerig, von zahllosen gelben Streifen durchsetzt. Diese Schwielen setzen sich auch durch die Foramina intervertebralia auf die Rückseite der Wirbelkörper fort.



Das lig. longit. post. und der vordere Umfang der dura mater spinal. sind jedoch unverändert.

Der Durchschnitt der herausgesägten Wirbelkörper zeigt röthliches Mark. Im Körper des II. und III. Lendenwirbels zeigen sich querverlaufende, von gelben Massen ausgekleidete Gänge. Mehrfach sind die Wirbelkörper auch äusserlich stellenweise rauh, wie angefressen.

Die Organe der Schädelhöhle zeigen ausser leichtem Oedem der Hirnsubstanz nichts Abnormes.

Die anatomische Diagnose lautete demnach:

Rechtsseitige actinomycotische Pleuritis und Parapleuritis, communicirend mit einem Bronchus; Actinomycose der Intercostalmuskeln und der benachbarten Haut, des praevertebralen Zellgewebes, der Wirbelsäule, des Herzbeutels und des Myocards mit Wucherung in die Herzhöhlen und in die V. coronar. cordis. Actinomycotische Herde in den Lungen, den Muskeln, im r. Hoden und in der Submucosa des Jejunum. Interstitielle chronische Hepatitis.

Aus dem mitgetheilten Obductionsbefunde ergibt sich, dass der tödtliche Ausgang als directe Folge der Pilzinvasion aufzufassen ist. Wir haben keinerlei von der Mycose unabhängige Veränderungen gefunden, welche als Ursache des Todes anzuschuldigen wären. Die vorhandene interstitielle Hepatitis war noch wenig vorgeschritten, eine Verkleinerung der Leber noch nicht eingetreten.

Ueberblicken wir den Gesammtverlauf dieses Falles, so sehen wir unsere früher schon ausgesprochene Ansicht, dass es sich um einen Fall von primärer Lungenactinomycose handle, durchaus bestätigt. Die sämmtlichen im Körper vorgefundenen Veränderungen lassen sich ungezwungen als Folgezustände eines primär im unteren Lappen der r. Lunge entstandenen Pilzherdes erklären. Wir haben durchaus keine Anhaltspunkte für die Annahme einer Infection auf einem der anderen bekannten Wege nachzuweisen vermocht, speciell fanden sich die Organe der Mund- und Rachenhöhle und die Speiseröhre, sonst im Allgemeinen die häufigsten Eingangspforten des Pilzes, in diesem Falle ganz frei von mycotischen Wucherungen. Die relativ spärlichen, sehr kleinen und noch ganz geschlossenen Herde in der Submucosa des Darmes sind jedenfalls erst in der letzten Zeit der Krankheit entstanden.

Von dem primären Lungenherde aus, welcher wahrscheinlich der Peripherie der Lunge sehr nahe lag, hat sich der Process vermittelst des im Sectionsbefund erwähnten 2,5 cm. langen, schwielig ausgekleideten Fistelganges gegen die Pleura zu fortgesetzt und diese in Entzündung versetzt. Das Resultat waren ausgedehnte pleuritische Verwachsungen zwischen r. unterem Lungenlappen, Diaphragma und Brustwand und ein flüssiges, seröses Exsudat im freigebliebenen Brustfellraume, welches durch Aspiration s. Z. entfernt wurde. In den pleuritischen Adhæsionen schritt die Neubildung weiter und führte zur Bildung der ausgedehnten actinomycotischen Parapleuritis, um von hier aus im weiteren Verlauf einerseits auf die

Musculatur und die Haut der Brustwand, anderseits auf das prævertebrale Zellgewebe und die Wirbelkörper und längs derselben auf das retroperitoneale Gewebe bis in die Bauch- und Beckenhöhle hinab weiterzukriechen, überall auf ihrem Wege eitrige Erweichung, an den Knochen sogar oberflächliche und tiefere Arrosionen hinterlassend. Merkwürdigerweise wiesen die Lymphdrüsen der ergriffenen Gegenden nirgends Zeichen von Pilzinfection auf.

Die verbreiteten Abscessbildungen und Wucherungen in den peripherischen Muskeln und in der Haut, sowie die Herde im r. Hoden und die kleinen Abscesse der Submucosa des Jejunum sind ohne Zweifel auf embolischem Wege entstanden. Die Quelle der Emboli haben wir im Herzen zu suchen, welches unter allen Organen die ausgedehntesten und wichtigsten Veränderungen aufwies. In das Herz selbst sind die Pilze wahrscheinlich nicht durch den Blutstrom von der Lunge her gelangt. Aus dem anatomischen Befunde, welcher die Herzbasis als weitaus am schwersten erkrankt und durch sehr derbe Schwarten mit dem r. unteren Lungenlappen verwachsen zeigt, sowie aus dem Umstande, dass viele der inneren Knoten mit äusseren, in den Schwarten, in directer Verbindung stehen, ist wohl eher der Schluss zu ziehen, dass die Neubildung sich auf directem Wege durch die Adhæsionen und Schwielen hindurch vom Mediastinum posticum aus zum Herzbeutel und von da in die Herzmusculatur und in die Herzvenen fortgepflanzt hat.

Auffällig ist, dass die grossen Unterleibsdrüsen, mit Ausnahme des r. Hodens, und das Gehirn von den actinomycotischen Embolis verschont geblieben sind. Auch das Fehlen der sonst so häufig beobachteten amyloiden Degeneration der Leber, Nieren, Milz etc. ist bei der so ausserordentlich langen Dauer der Krankheit, wenigstens 3 Jahre, als ungewöhnlich zu bezeichnen.

Im übrigen bieten der Verlauf und der anatomische Befund in unserem Falle nichts Abweichendes von den durch *J. Israël* und durch *Ponfick* mitgetheilten Fällen der thoracalen Form der Actinomycose. Die Abbildung, welche *Ponfick* von der Erkrankung des Herzens in einem seiner Fälle gibt, zeigt grosse Aehnlichkeit mit dem Befunde in unserem Falle.

Die Frage nach der Herkunft der todtbringenden Pilze ist leider auch durch die Obduction nicht beantwortet worden. Wir sind nicht so glücklich gewesen, wie *J. Israël*, welcher in einem actinomycotischen Abscess der Lunge ein Stück eines abgebrochenen Backzahnes fand, oder wie *Sollmann*, welcher in einem von der Speiseröhre ausgehenden Abscess neben der Wirbelsäule eine früher verschluckte Aehre der Mäusegerste entdeckte. Wir bleiben also auf die Vermuthung einer Infection durch Einathmung von pilz- oder sporenhaltigem Material angewiesen.

Der Zufall spielte mir im verflossenen Jahre noch einen weiteren Fall von Actinomycose in die Hände, welchen ich als Anhang noch beifügen will.

Im Juni 1887 consultirte mich eine Frau B. von M., 42 Jahre alt. Früher noch nie krank gewesen, bekam sie im Laufe der letzten 4 Wochen ohne bekannte Ursache am unteren Rande des horizontalen Unterkieferastes l. ungefähr in der Mitte zwischen Kinn und Kieferwinkel eine dem Knochen unverschieblich aufsitzende, harte Anschwellung, welche sie, weil kaum schmerzhaft, anfangs nicht gross beachtete. Die sämmtlichen

Backzähne der betr. Kieferseite hatte sie sich vor langer Zeit schon nach und nach wegen Zahnschmerzen extrahiren lassen. Zahngeschwüre oder Abscesse sollen früher nie vorhanden gewesen sein. Trotzdem Pat. nicht fieberte und wenig Beschwerden spürte, magerte sie ziemlich rapid ab, bekam ein schlechtes Aussehen und die vorher regelmässigen Menses blieben aus. Die für eine Kieferperiostitis gehaltene und mit Ungt. ciner., Jod etc. behandelte Anschwellung nahm allmälig an Grösse zu und behinderte schliesslich das Oeffnen des Mundes erheblich. Das Zahnfleisch und der Alveolarrand waren ganz intact, überhaupt im Innern des Mundes nichts Abnormes zu bemerken; Drüsenanschwellungen fehlten. Ende Juli zeigte sich in der etwa 5 Markstück grossen, wenig erhabenen, leicht höckerigen, von dunkel pigmentirter Haut bedeckten, auf Druck etwas schmerzhaften, harten Geschwulst eine kleine fluctuirende Stelle.

Bei der Incision entleerten sich wenige Tropfen dünnen Eiters, in welchem zu meiner Ueberraschung eine ziemliche Anzahl der mir wohlbekannten gelblichweissen, rundlichen Körner zu bemerken waren. Das Microscop liess sofort Actinomycesrasen von theilweise beträchtlicher Grösse und sehr schön entwickeltem strahligem Bau erkennen, umgeben von grossentheils stark fettig degenerirten Rundzellen.

Die daraufhin vorgenommene Auskratzung der vielfach ausgebuchteten kleinen Wundhöhle entfernte eine ziemliche Menge des bekannten fetzigen, schwefelgelben, von spärlichen Pilzrasen durchsetzten Granulationsgewebes. Der Knochen war nirgends entblösst. Desinfection mit Chlorzink; Jodoformverband. Die kleine Wunde heilte rasch zu, doch bildete sich kurz darauf dicht neben der Narbe noch ein etwa haselnussgrosser Abscess, welcher bei der Eröffnung denselben Inhalt wie der erste entleerte. Nach nochmaliger gründlicher Auskratzung des Geschwüres und Abtragung der Ränder trat endlich Vernarbung ein. Anfang September stellte sich die Frau wieder vor mit einer eingezogenen beweglichen Narbe. Recidive sind seither nicht aufgetreten und die Patientin hat ihr früheres Gewicht und ihr gutes Aussehen wieder erlangt.

Es bildet dieser Fall ein Paradigma der leichtesten und zugleich auch häufigsten Form der Actinomycose, nämlich der des Kieferrandes. Ueber die Entstehung des Leidens konnte auch hier nichts Sicheres eruirt werden.

Zur Begriffsbestimmung und Therapie der Neurasthenie.

Von Dr. R. **Wagner**, Curarzt am Giessbach.

I.

Für jeden practischen Arzt — auch wenn er nicht Specialist in Nervenkrankheiten, oder gerade deswegen um so mehr — mag es von Interesse sein, heutzutage etwas Näheres über den Begriff unserer Modekrankheit: der Neurasthenie, zu vernehmen.

Die Bezeichnungen „Nervosität“ und „Nervenschwäche“ kennt Jeder; verhältnissmässig neu ist aber der Name Neurasthenie. Nachdem der Amerikaner *Beard* [1]) ihn in seinem Werke für den Ausdruck „nervous exhaustion“ (Nervenerschöpfung) durchgehends adoptirt, ward derselbe mit Wärme aufgenommen und wird jetzt mit Vorliebe gebraucht. *Beard*'s Werk gab dem Studium der in unserer rasch bewegten Zeit in so bedenklichem Maasse zunehmenden allgemeinen Neurosen einen lebhaften Aufschwung. Bezeichnend genug ist es, dass der Anstoss dazu von Amerika aus kommen musste, dem Lande, in welchem der Kampf um's Dasein in rücksichtslosester Weise geführt und die Anspannung sämmtlicher Kräfte zur Erringung eines materiellen Erfolges zur höchsten Potenz hinaufgeschraubt

---

[1]) *Beard*, Nervous exhaustion. 2. edit. New-York, 1880. Dasselbe deutsch von *Neisser*, „Die Nervenschwäche“ etc. Leipzig, 1881.



wird. Das Hauptgewicht legte *B.* aber nicht auf die Beschreibung der Neurasthenie als einer neuen Krankheit unseres Zeitalters; sondern er und sein Mitarbeiter *Rockwell* setzten vor Allem in einer Reihe von Publicationen [1]) ihre neue Methode der Anwendung allgemeiner Electrisation zur Behandlung neuropathischer Zustände auseinander.

In ihren Arbeiten findet sich als Neurasthenie eine grosse Zahl bekannter Krankheitsbilder von Hysterie, Hypochondrie, Melancholie, Manie etc. beschrieben.

Doch der Name Neurasthenie war bequem, war einmal angenommen und hatte gezündet. Die landläufigen Bezeichnungen von Nervosität und Nervenschwäche wurden für zu alt und zu unbestimmt erachtet (und wohl auch mit einigem Recht). Für den neuen Namen sollte nun aber auch ein genauer Begriff umgrenzt werden. Unwillkürlich wird man fast an das mephistophelische Citat erinnert, „denn eben wo Begriffe fehlen u. s. w."

Eine wahre Hochfluth von literarischen Producten über Neurasthenie erfolgte in den letzten Jahren besonders in deutschen Landen, streng wissenschaftlich, mehrfach aber auch für's Laienpublicum gehalten. Jeder bestrebte sich, neue Züge in's Bild dieser Krankheit einzureihen und der Begriff derselben dehnte sich immer riesiger, aber auch immer verschwommener aus. Die Bezeichnung Neurasthenie ist auch in's Publicum gedrungen und häufig begegnet man schon exquisit Hysterischen und Hypochondern, die es übel vermerken, wenn man ihre Krankheit mit dem wahren Namen und nicht als Neurasthenie bezeichnet.

Eines haben die erwähnten, theilweise höchst verdienstlichen literarischen Producte erreicht: wir sind wieder einmal mit vollen Segeln in's noch so wenig genau erforschte Gebiet der allgemeineu Neurosen hineingesteuert. Der eigentliche Begriff der Neurasthenie ist aber noch nichts weniger als klar festgestellt. Im Gegentheil hat das Bestreben, mit diesem neuen Namen ein specielles Krankheitsbild sui generis zu verbinden, eine bedeutende Verwirrung in anderen bisher so ziemlich in sich abgeschlossenen Begriffen verschiedener Krankheitsspecies hervorgerufen. Das definitive Aufgehen des Begriffes der Spinalirritation in der Neurasthenie wird freilich von Niemanden bedauert. Allein die wohlcharakterisirte Hypochondrie wird von Vielen bereits in den Schooss der Neurasthenie begraben, auch die Hysterie liesse man gerne darin aufgehen, wenn die unbequem zu placirenden typischen Convulsionen, die Paralysen etc. derselben sie nicht bisher vor diesem Schicksale bewahrt hätten. Zum Belege dieser Behauptung führe ich wörtlich an, was *v. Ziemssen* [2]) in seiner neuesten Publication über Neurasthenie sagt:

„Eine scharfe Abgrenzung des Gebietes der neurasthenischen Störungen gegen die übrigen universellen Neurosen, besonders die Hysterie und Hypochondrie, dann gegen manche Formen von Psychosen, besonders gegen die Melancholie und Manie, ist zur Zeit nicht möglich. Man muss sich bescheiden, zuzugestehen, dass Neura-

---

[1]) *Beard* and *Rockwell.* A practical treatise on the medical and surgical uses of electricity etc. New-York, 1871.

[2]) *v. Ziemssen*, Klinische Vorträge. Die Neurasthenie und ihre Behandlung. Leipzig, 1887, pag. 9.

sthenie und Hysterie ebenso oft zusammenfällt als Neurasthenie und Hypochondrie, so dass manche Autoren dieselben einfach zusammenwerfen. Und was das Verhältniss zur Melancholie, Manie, zum hallucinatorischen Irresein anlangt, so ist durch die Erfahrung bewiesen, dass sie sich direct und unmerklich aus der Neurasthenie entwickeln können."

Tief begründet in der wissenschaftlichen Richtung unserer Zeit der Microben, der in's minimalste Détail gehenden Specialisirung, liegt die grosse Scheu und Abneigung gegen eine systematische, generalisirende Auffassung irgend eines Krankheitsbegriffes. Allein wenn irgendwo diese Auffassung noch eine bedeutende Berechtigung hat, so ist dies auf dem Gebiete der universellen Neurosen und der Psychosen der Fall. Kein anderes Krankheitsgebiet wäre wohl einer gründlichen Bearbeitung vom allgemein pathologischen Standpunkte aus bedürftiger. *Cohnheim*,[1]) der für sein mustergültiges Werk unter den berufensten Vertretern der Nervenpathologie einen Bearbeiter für den Abschnitt der „allgemeinen Pathologie des Nervensystems" suchte, bekam in übereinstimmender Weise den Bescheid, „dass es im gegenwärtigen Augenblicke unmöglich oder mindestens unthunlich sei, eine systematische Darstellung der Pathologie des Nervensystems zu geben." Seither ist die zahlreiche Literatur über Neurasthenie erstanden; aber aus fast allen Arbeiten darüber klingt uns zwischen den Zeilen hindurch immer noch der soeben erwähnte Bescheid entgegen.

Fassen wir doch einmal den Begriff Neurasthenie als das auf, was das Wort eigentlich sagt: als die Bezeichnung für einen allgemein pathologischen Zustand des Nervensystems und nicht für eine Krankheit sui generis. Dann wird auch bald dieser Begriff in sich concret und das Verhältniss der Neurasthenie zur Hysterie, Hypochondrie etc. klarer definirbar.

Das Wort Neurasthenie, griechischen Ursprungs, bedeutet einen Spannungsverlust, einen Ermüdungs- oder Erschöpfungszustand der Nerven. Ein solcher Zustand wäre aber nach verhältnissmässiger Anstrengung und in verhältnissmässiger Andauer ein vollständig physiologischer. Um den Begriff eines pathologischen Zustandes zu vervollständigen, müssen wir nothwendiger Weise mit dem Worte Neurasthenie noch die Idee verbinden, dass es einen Erschöpfungs- oder Ermüdungszustand der Nerven bezeichnen soll, der schon nach verhältnissmässig geringer Anstrengung in hochgradiger Weise eintritt, oder in seiner Andauer im Verhältnisse zur Grösse der geleisteten Nervenanstrengung in pathologischem Widerspruche steht.

Wir bezeichnen also mit dem Worte Neurasthenie einen allgemeinen pathologischen Zustand des Nervensystems, der sich durch eine verhältnissmässig rasche Erschöpfbarkeit der Nerventhätigkeit und durch eine unverhältnissmässig lange, in manchen Fällen selbst beständige, Andauer dieses Zustandes der Erschöpfung und reizbarer Schwäche des Nervensystems charakterisirt. Damit mag aber auch der Begriff der Neurasthenie erschöpft sein. Wenn man dagegen Hysterie, Hypochondrie oder, wie dies

[1]) *Cohnheim*, Vorlesungen über allgemeine Pathologie, 1880. Vorrede Bd. II.



v. Ziemssen[1]) auch noch thut, eine Reihe von Monomanien, oder psychopathischen Zuständen in den Kreis der Neurasthenie ziehen will, so scheint uns dies offenbar viel zu weit gegangen.

Nach unserer Begriffsauffassung der Neurasthenie bildet diese in der Stufenleiter der allgemeinen Neurosen die zweite Sprosse. Als deren erste müssen wir bezeichnen den Zustand der Nervosität, Nervosisme. Minime Reize genügen schon, um weitergehende Reflexe, Infunctiontreten einzelner Abtheilungen des Nervensystems (Grosshirn, sensibles, motorisches oder vasomotorisches System) auszulösen. Allgemein pathologisch erhöhte Erregbarkeit, Reizbarkeit, Hyperæsthesien, Neuralgien u. s. w. in den verschiedensten Organen, sind die bekannten Symptome dieser ersten Stufe der Neuropathie. Dass diese erste Stufe äusserst leicht sich zur zweiten, zur Neurasthenie, entwickelt, liegt auf der Hand. Wir wissen ja, dass die längere Dauer eines Zustandes anormaler Reizbarkeit oder dauernder Ueberreizung im Nervensystem unfehlbar zu einem Zustande erhöhter Erschöpfbarkeit (exhaustion) führen muss; damit haben wir die Entstehung der Neurasthenie aus der Nervosität oder den Uebergang der Letztern zur zweiten Stufe der Neuropathie gegeben.

Doch betone ich hier vor Allem, dass dieser Uebergang nicht ein constanter, absolut nothwendiger sein muss. Wir beobachten Fälle genug, bei denen sich eine pathologische Veränderung des Nervensystems entweder zeitlebens auf der ersten Stufe, der Nervosität, erhält, zum normalen Verhalten zurückkehrt oder auch mit Ueberspringung der zweiten Stufe, der Neurasthenie, durch bekannte oder unbekannte Veranlassung zu einer höher entwickelten Stufe der Neuropathie, zu einer Hysterie oder zu einer Psychose, sich entwickelt. Ebenso sehen wir sehr oft nach geistigen Ueberanstrengungen aufregender Krankenpflege u. dgl. das Bild ausgesprochener Neurasthenie sich entwickeln, ohne dass die Patienten vorher je den Zustand allgemeiner Nervosität gekannt hätten.

Ganz genau dasselbe Verhältniss findet statt zwischen der Neurasthenie und den höher entwickelten Neurosen, und so leicht sich dasselbe vom Standpunkte der allgemeinen Pathologie aus überblicken lässt, so verwirrt wird hier die Begriffsbestimmung, sobald man die Neurasthenie zu einer Krankheit sui generis stempeln will. Zwar hat schon *Lebert*[2]) 1864 nach dem damaligen Standpunkte in interessanter und klarer Weise den Zustand allgemeiner Nervosität und Nervenerschöpfung sammt seinem Verhältniss zu den schwereren Neurosen und Psychosen charakterisirt. In der speciellen neuesten Literatur über Neurasthenie herrscht aber in diesem Capitel eine unglaubliche Anarchie.

Arndt[3]) leugnet die selbstständige Erkrankungsform der Neurasthenie; bezeichnet diese dagegen als unabweisbares Vorläuferstadium der bedenklichsten und gefährlichsten, zum Theil auf anatomischen Veränderungen des Gehirns und Rücken-

---

[1]) l. c. pag. 13 und 14.

[2]) *Lebert*, Handbuch der allgemeinen Pathologie und Therapie. Tübingen, 1864. Band II, pag. 511 u. f.

[3]) *Arndt, Rud.*, Die Neurasthenie. Wien, 1885.

marks basirenden Erkrankungsformen des Nervenapparates. *Möbius*, [1]) der lebhaft gegen des Obigen Ansichten auftritt, entwirft in geistreicher Weise eine graphische Darstellung des Verhaltens der Neurasthenie gegenüber den anderen Neurosen, in Form verschiedener sich schneidender oder sich ganz umschliessender Kreislinien.

Eine genügend klare Auseinandersetzung hierüber findet sich nirgends, und doch sollte sie nach dem oben über das Verhältniss von Neurasthenie zur Nervosität Gesagten wohl möglich sein. Dass die Neurasthenie mit ihrer raschen Erschöpfbarkeit der gesammten Nerventhätigkeit, besonders auch der Grosshirnleistungen, mit den Schlafstörungen, den mannigfaltigen angioneurotischen und Beklemmungszuständen, den zahlreich möglichen Neuralgien, vor Allem aber mit ihrer unausbleiblichen Beschränkung der allgemeinen Leistungsfähigkeit und des Lebensgenusses — dass die Neurasthenie, sage ich, immer einen deprimirenden Einfluss auf das psychische Verhalten ausüben muss, ist durchaus selbstverständlich. Der Grad dieser Depression ist aber höchst verschieden und steht durchaus nicht immer im Verhältniss zur Schwere des einzelnen Falles von Neurasthenie. Der Einfluss der psychischen Depression mit oder ohne Hinzutritt eines weiteren ätiologischen Momentes k a n n nun sehr leicht zur Entwicklung der Krankheitsbilder von Hysterie, Hypochondrie, Melancholie etc. führen. Es ist durchaus nicht gesagt, dass diese Weiterentwicklung geschehen m u s s. Wir sehen vielleicht in der Mehrzahl der Fälle Hysterie, Hypochondrie etc. entstehen, ohne dass vorher bei dem Kranken Neurasthenie bestand. Wo diese Krankheitsbilder aber sich auf dem Boden der Neurasthenie entwickelten, da haben wir nicht mehr die letztere vor uns, sondern eben jene wohlcharakterisirten, längst bekannten, höheren Entwicklungsformen von Neurosen.

Wenn, wie schon von *Beard*, auch von den meisten anderen Autoren die Neurasthenie in gewissen Grundformen unterschieden werden: als c e r e b r a l e F o r m oder C e r e b r a s t h e n i e, s p i n a l e F o r m oder M y e l a s t h e n i e und u n i v e r s e l l e F o r m, so darf dabei der einheitliche Charakter des Krankheitszustandes niemals ausser Acht gelassen werden. Ebenso gut könnte man nach meinen Erfahrungen auch noch eine v a s o m o t o r i s c h e oder a n g i o - n e u r o t i s c h e F o r m aufstellen. Wenn sich aber in manchen Fällen auch z. B. die Innervationsstörungen von Seite des Herzens oder der Gefässe, oder Veränderungen des allgemeinen Muskelgefühles etc. für längere Zeit in den Vordergrund des Krankheitsbildes drängen, so geschieht es doch sehr oft, dass die Haupterscheinungen ihren Lieblingssitz wechseln und nie darf man vergessen, dass der Hauptsitz des allgemeinen Krankheitszustandes s t e t s e i n c e n t r a l e r ist.

Alle Erfahrungen weisen darauf hin, den H a u p t s i t z d e r N e u r a s t h e n i e i m G e h i r n e (vielleicht in der Grosshirnrinde) zu suchen. Leider gibt uns die p a t h o l o g i s c h e A n a t o m i e, wie auch die N e r v e n p h y s i o l o g i e noch nicht die leisesten Anhaltspunkte über die Natur der Veränderungen, welche der pathologisch erhöhten Erschöpfbarkeit oder dauernden Ermüdung des Nervensystems zu Grunde liegen könnten. Man ergeht sich bisher nur in Vermuthungen

[1]) *Möbius, P. J.*, Die Nervosität. II. Aufl. Leipzig, 1885.

und muss sich schlechterdings damit trösten, dass noch nicht einmal der physiologische Zustand der Nervenermüdung wissenschaftlich erklärt werden kann und dass wir uns bei weit höher entwickelten Neurosen und den meisten Psychosen noch auf dem negativen Standpunkte pathologisch-anatomischer Kenntniss befinden.

Allgemein einig sind die Ansichten über die Aetiologie der Neurasthenie. Gerade das ist aber auch das Bedenklichste, dass durch die stets weiter schreitende Entwicklung unseres Culturzustandes ersichtlicher Weise die Entstehung der Neurosen, vorab der Neurasthenie, und die Verbreitung erblicher Anlage für dieselben immerfort begünstigt werden.

Doch es liegt nicht im Zwecke dieser Blätter, eingehender auf die Aetiologie sowie auf die Symptomatologie der Neurasthenie specieller einzugehen, um so mehr, als ich in der folgenden kurzen Erörterung über deren Therapie einiger Hauptsymptome besonders erwähnen muss und im Uebrigen auf die äusserst reichhaltige Special-Literatur verweisen kann.

(Schluss folgt.)

Vereinsberichte.

Medicinische Gesellschaft in Basel.

Präsident: Prof. *Massini*. Actuar: Dr. *Dan. Bernoulli*.
Schriftführer für die „Correspondenzblatt“-Referate: Dr. *Dan. Bernoulli*.
Sitzung vom 20. October 1887.[1]) Anwesend 27 Mitglieder und 2 Gäste.

Das Präsidium zeigt die Eröffnung der Winterstation für erholungsbedürftige Mädchen in Langenbruck an. —

Prof. *Wille* hält einen Vortrag **über Paralysis agitans und die dabei vorkommenden centralen Störungen.** Er gibt zunächst einige geschichtliche Notizen und macht dabei namentlich auf die von *Felix Plater* beschriebenen Tremorarten aufmerksam, worunter auch Fälle dieser Krankheit vorkommen. Ausführlich beschrieb die Krankheit erst *Parkinson* 1817; jüngstens *Charcot* und *Westphal*.

Die in den ausgebildeten Fällen recht seltene Krankheit wird von verschiedenen Aerzten an verschiedenen Orten in variabler Häufigkeit beobachtet, so dass der Schluss auf ein Obwalten eigenthümlicher territorialer Verhältnisse muss gezogen werden.

Bei der Aetiologie kommen namentlich die Erblichkeitsverhältnisse in Betracht, insofern die Betroffenen meist nervös belastete Personen sind. *Wille* beobachtete in seinen Fällen das Auftreten zur Hälfte vor, zur Hälfte nach dem 40. Jahre, frühestens im 27. Jahre; es waren 6 Weiber und 3 Männer. Erkältungen, gemüthliche Erschütterungen, acute Infectionskrankheiten kommen noch in Betracht; doch bleibt die Ursache meist dunkel.

Die Entwicklung der Krankheit beginnt meistens mit einem vieljährigen Vorläuferstadium, kann aber auch plötzlich sein. In jenem Falle sind es rheumatoïde Affectionen, Gemüthsreizbarkeit; dann Müdigkeitsgefühl, später Zittern in einem Gliede, dem die andern folgen: entweder in gekreuzter Form, meist aber paraplegisch, auch hemiplegisch. Dann tritt Muskelsteifigkeit bis zur Contractur auf; im terminalen Stadium hochgradige Schwäche bis zu eigentlicher Lähmung, auch Störungen im vegetativen Gebiete. Nach chronischem Verlaufe tritt der Tod durch Complicationen auf; manche Fälle bleiben auch stationär, wenige bessern sich; einige Autoren, u. a. *Charcot*, sahen Heilung.

---

[1]) Erhalten 16. Februar 1888. Red.

Ueber die Art und Zeit der Muskelsymptome differiren die Autoren; Referent notirte die Schwäche als erstes. Der Tremor ist höchst charakteristisch, permanent, in schweren Fällen auch während des Schlafes, bei körperlicher und geistiger Ruhe am mildesten, ausnahmsweise auch ganz aussetzend, zuweilen durch den Willen unterdrückbar, an den Extremitäten am deutlichsten, doch den Kopf keineswegs verschonend. Die Rigidität bringt ein charakteristisches Bild hervor: der Kopf ist zur Brust geneigt, der Rumpf gebogen, die Ellbogen flectirt und an den Leib gedrückt, die Hände nach der Ulnarseite flectirt oder in Schreibfederhaltung; der Gang ist propulsiv, kann aber auch retrograd sein, eine Eigenthümlichkeit, welche nach Ref. auf der Steifigkeit beruht. Dagegen geht die Veränderung der Sprache vom Centrum aus. Weitere centrale Störungen sind Hyperaesthesien, Schwindel, Kopfweh, vasomotorische Störungen, gesteigertes subjectives Wärmegefühl, Salivation. Die frühzeitige psychische Schwäche steigert sich allmälig bis zum Blödsinn. Von complicirenden psychischen Störungen beobachtete Referent 2 Fälle.

Der erste, ein Briefträger, seit dem 37. Lebensjahre an Paralysis agitans erkrankt, bekam acute Paranoia, welche in wenigen Wochen verlief; es blieb Schwachsinn zurück; Tod nach 11 Jahren. Es stellte sich heraus, dass die Familie schwer belastet und Patient von jeher etwas auffallend gewesen, und die Paranoia muss als acute alcoholische Verrücktheit aufgefasst werden.

Im zweiten Falle traten nach zweijähriger Krankheitsdauer der Paralysis agitans Delirien auf, welche nach 5 Wochen cessirten, um eine — aber nur 6 Wochen dauernde — Besserung der Paralysis agitans zu hinterlassen; Tod nach 15 Jahren. Hier war die Mutter ebenfalls geisteskrank, Patientin früher aber gesund gewesen. Es fand sich aber Insufficienz und Stenose der Aorta, welche zu heftigen dyspnoïschen Anfällen führten, die einen delirienähnlichen Charakter annahmen.

Die Paralysis agitans führt daher nicht zu den complicirenden Neurosen, sondern diese haben anderweitige Ursachen gehabt. Dagegen führt der progressive Krankheitszustand geistige Schwäche mit sich. Fernere centrale Störungen bestehen in Schwierigkeit der Kau- und Schluckbewegungen, in Sprachstörungen. Die Krankheit ist also nervöser Natur.

Die Ausbeute der pathologischen Anatomie ist negativ. Die beiden obigen Fälle ergaben zwar hochgradigen Hydrocephalus internus et externus, aber sonst weder macro- noch microscopische Abnormitäten. —

Dr. *Carl Bohny* wird zum Mitglied angenommen.

Sitzung vom 3. November 1887. Anwesend 24 Mitglieder und 2 Gäste.

Prof. *Wille* bringt Fortsetzung und Schluss seines Vortrages über **Paralysis agitans.** Der Tod bei dieser Krankheit erscheint als Folge der durch dieselbe bedingten Hinfälligkeit; er wird häufig durch Pneumonie herbeigeführt.

Die Diagnose, so selbstverständlich sie bei der typischen Form erscheint, macht bei manchen Variationen Schwierigkeiten, z. B. wenn Paralysis agitans viele Jahre ohne Zittern verläuft, oder wenn die Muskelsteifigkeit ausbleibt, oder wenn der Tremor nur anfallsweise auftritt, oder in einem spätern Stadium. Nystagmus, der sich bei multipler Sclerose vorfindet, tritt hier nicht auf; doch fand ihn Referent in einem Falle. Vor falscher Diagnose bei einzelnen Fällen der Chorea schützt Berücksichtigung der Hilfsmomente. Manche Formen senilen Tremors können auch grosse Schwierigkeit bereiten.

Die Prognose ist quoad vitam ungünstig; die Krankheit führt gewöhnlich in 8—10 Jahren zum Tode.

Auch die Therapie ändert hieran nichts; von Faradisation, Morphin, Hyoscyamin, Kalium arseniosum sah Referent keinen Nutzen. Neuerdings wurde Physostigmin 0,001, allmälig steigend, empfohlen. Beobachtung der Hygieine ist die Hauptsache. —

Dr. *Streckeisen* bespricht die anatomischen Befunde in zwei Fällen von **Poliomyelitis ant. acuta.** Der eine (nach 53jährigem Bestand der Lähmung) zeigte Untergang und Atrophie einer grossen Anzahl von Ganglienzellen der grauen Vorderhörner namentlich im Lumbalmark mit Degeneration der gröberen Markfasern und der vorderen

Wurzeln, sowie theils mehr herdartiger, theils mehr diffuser Hyperplasie der Neuroglia, am stärksten im Bereich der Vorderhörner und der angrenzenden Partien der Vorderseitenstränge. Das feine nervöse Fasernetz zeigte sich in grösserer Ausdehnung erhalten. Starke Verdickung der Pia. Höchst bemerkenswerth schien der Befund an den theilweise lipomatös entarteten Muskeln, welche ein Gemisch atrophischer und hypertrophischer (bis 120 ja 150μ) Muskelfasern mit Fettzügen abwechselnd, aufwiesen. Die Querstreifung war meist erhalten, häufig auch deutliche Längsstreifung, nur geringe interstitielle Bindegewebswucherung, dagegen sehr reichliche Wucherung der Muskelkerne — ein Befund, wie er bei centraler Erkrankung erst einmal beschrieben worden ist.

Der zweite Fall, der unter dem Bild der *Landry*'schen Paralyse verlaufen war (vgl. „Corr.-Bl." 1885, pag. 495) bot in der ganzen Lumbal- und Cervicalschwellung scharf umschriebene Destructionsherde an bestimmten Stellen der Vorderhörner und daneben auch weiter ausgedehnte entzündliche Veränderungen geringeren Grades in der Umgebung jener Herde sowohl in der Längs- als in der Querachse des Rückenmarks. In den Vorderseitensträngen mässige Faserdegeneration neben Schwellung und Wucherung der Gliazellen; im Bereiche der Anschwellungen sehr starke Degeneration der vorderen Wurzeln. Es repräsentiren somit obige Herde bloss die Stellen höchstgradiger Entzündung; ihre nicht seltene Keilform weist auf nähere Beziehungen zu den stark mit Rundzellen umscheideten Gefässen. Die geringeren Entzündungsgrade charakterisirten sich durch Erhaltensein des feinen nervösen Fasernetzes neben starken Gefässveränderungen und Degeneration der Ganglienzellen und der gröberen Markfasern; doch gab es auch Stellen mit ausschliesslicher Gefässalteration und leichter Zellinfiltration ohne wesentliche Veränderungen der Ganglienzellen.

Referent glaubt, gestützt auf diesen und die jüngeren Sectionsbefunde der Literatur, dass für die grosse Mehrzahl der Fälle von spinaler Kinderlähmung die primär interstitielle Entzündung gesichert sei, und dass auf Grund obiger Intensitätsgrade der Entzündung auch diejenigen Sectionsbefunde, welche zur Aufstellung einer primären Entzündung der Ganglienzellen geführt haben, ohne Zwang in gleicher Weise sich erklären lassen. —

Prof. *Roth* freut sich in der Discussion, einige Gedanken, welche er vor 13 Jahren ausgesprochen, in dieser ausführlichen Arbeit verschärft wiederzufinden. Die Myelitis der Kinder beschränke sich durchaus nicht auf die graue Substanz, sondern gehe auf die weisse über.

Sitzung vom 17. November 1887. Anwesend 36 Mitglieder.

Prof. *Fehling* macht über das **Verhalten des Arztes in der dritten Geburtsperiode** — über welches in neuerer Zeit die Ansichten wieder zu schwanken begonnen haben — zunächst einige geschichtliche Mittheilungen. Bestrebungen, durch äussere Eingriffe nachzuhelfen, machten sich lange vor *Credé* schon geltend, diesem aber gebührt das Verdienst, dieselben zu einer Methode ausgebildet zu haben zu einer Zeit (in den 60er Jahren), wo innere Eingriffe viele Opfer forderten. Sein Verfahren wurde 20 Jahre hindurch allgemein anerkannt. Den ersten Warnruf dagegen erhob *Dohrn* 1880, noch viel eindringlicher that dies dann *Ahlfeld;* nun gerieth man vielfach ins Extrem, wartete Tage lang, bis zuletzt Sepsis eintrat. Dabei ergab sich, dass die Placenta nur in $^1/_4$ der Fälle binnen $1\,^1/_2$ Stunden austritt, und dass in $^1/_5$ der Fälle bei exspectativem Verhalten starke Blutung erfolgt.

Man begann sich wieder mehr mit der Physiologie der Placentarlösung zu beschäftigen. Der Anschauung *Schultze*'s, welche auch auf dessen Wandtafeln dargestellt ist, steht diejenige *Duncan*'s entgegen, welcher die Lösung vom Rande her erfolgen lässt. In praxi kommen beide Arten vor. *Ahlfeld* glaubt, dass hinter dem sich zuerst lösenden Centrum ein luftverdünnter Raum entstehe, in welchen das retroplacentare Blut sich hineinergiesse; physiologisch ist ein solcher Vorgang nicht denkbar. Den zuverlässigsten Weg hat *Schröder* eingeschlagen durch Untersuchung gefrorener Leichen und durch Touchiren

während der Lösung, wobei er Vorwölbung des Centrums constatirte. Sicher ist, dass die letzte Austreib- oder eine der ersten Nachwehen den Mutterkuchen löst, während die Eihäute erst viel später folgen. Der Blutverlust beträgt durchschnittlich 300 gr. mehr bei exspectativem Verhalten als bei Anwendung des *Credé*'schen Verfahrens, welches dagegen mehr Reste, zwar nicht der Placenta, wohl aber der Eihäute zurücklässt. Die meisten Geburtshelfer haben das methodische Reiben des Uterus verlassen, die Expression jedoch beibehalten. Vortragender hält besonders an methodischem Reiben und Expression nach ½ Stunde fest.

Pathologisches: Recht selten ist eine Placenta, auch wenn sie spontan austritt, ganz vollständig; es fehlen meistens Theile der Decidua, wenigstens ihrer ampullären Schicht, selbst bei spontanem Austritt der Placenta; gewöhnlich schadet das nichts; anders wenn Stücke des Chorion fehlen; dies kommt besonders bei Placenta marginata vor, welche 16 bis 20% aller Fälle betragen mag.

Credé und *Olshausen* gaben an, nie Chorionstücke geholt zu haben, der Vortragende hat es doch für richtiger gehalten, Chorionreste, besonders wenn grössere Stücke fehlten, zu holen. Er beobachtete in Stuttgart auf ca. 3700 Geburten 150 Defecte, also 4%; davon wurde ⅓ geholt, ⅔ nicht; erstere — wobei der Eingriff allerdings meist durch Assistenten vorgenommen wurde — ergaben, wie sich nachträglich herausstellte, 20% mehr Fieber im Wochenbett, zur Ueberraschung des Vortragenden; derselbe empfiehlt daher jetzt, bei vollständigem Defect zwar stets, bei theilweisem aber nur dann einzugreifen, wenn die Blutung dazu auffordert. Auch hier sind Injectionen prophylactisch im Wochenbett unnöthig, wohl aber am Platz, sobald Symptome beginnender Erkrankung eintreten. Entsteht eine Endometritis, so gehe man nicht sofort operativ vor, weil die Sepsis dadurch erst recht in die offenen Lymphräume hineingebracht werden kann, sondern man warte womöglich die erste Woche ab, wonach jene Räume dann mehr geschlossen sind.

Eine zweite Mittheilung des Vortragenden bezieht sich auf die Cervicalrisse, von denen nach seiner Ansicht höchstens 1 : 400—500 durch Blutung wirklich bedenklich wird (nach *Leopold* 1 : 170). *Emmet* wollte bekanntlich jeden Riss nähen, ebenso dann auch *Schröder*. Aber die Operation ist unter Umständen sehr schwierig, es kann während derselben zur Verblutung kommen. Besser ist für den alleinstehenden practischen Arzt die — natürlich antiseptische — Tamponade, welcher nur selten eine Blutung widersteht. — In gut eingerichteten Kliniken wird man eher mit dem Nähen Erfolg haben.

Das Präsidium verdankt den Vortrag bestens.

Prof. *Kollmann* demonstrirt **einige Präparate:**

1) Geheilte Schädelverletzung (zufälliger Fund): Schuss, an der Innenseite des Unterkieferwinkels eindringend, in gerader Linie bis zum Orbitaldach gehend, dieses mit mehreren kleinen Oeffnungen durchbohrend, also die Schädelhöhle eröffnend. Zahlreiche eingeheilte Projectilsplitter und osteophytische Wucherungen.

2) Das os lunatum des Handgelenks (os intermedium der vergl. Anatomie) ist jetzt auch am Fuss nachgewiesen als hinteres Anhängsel des Talus.

3) Das os naviculare der Hand ist in 0,5% der Fälle gespalten, so dass das os centrale der vergl. Anatomie besteht. —

Sitzung vom 8. December 1887. Anwesend 33 Mitglieder und 1 Gast.

Dr. *Tramêr* erinnert noch bezüglich des Vortrags von Prof. *Fehling*, dass *O. Roth* in Winterthur sich bei Cervicalrissen gegen Tamponade ausgesprochen und der Naht den Vorzug gegeben habe. („Corr.-Blatt für Schw. Aerzte“ 1884, S. 577.)

Dr. *Oeri* behandelt in einem Vortrage an Hand von Geburtsgeschichten seine in der Privatpraxis gewonnenen **Erfahrungen über Einleitung der künstlichen Frühgeburt.** Dieselben betreffen 10 Geburten, die sich auf 7 Frauen in der Weise vertheilen, dass bei 5 Frauen je einmal, bei einer Frau zweimal und bei einer Frau dreimal die Frühgeburt eingeleitet wurde. Ein Mal unter den 10 Fällen handelte es sich um eine erste

Geburt. Bei allen Frauen wurde die Indication durch Beckenverengung gegeben, in einem Falle zugleich durch Narbenstenose der Scheide. Zwei der 10 Geburten kamen auf rachitisch platte, eine auf ein plattes nicht rachitisches, sechs auf allgemein gleichmässig verengte Becken, und eine auf ein Becken mit schwacher Verengung des queren Durchmessers des Ausganges. Bei 6 der 7 Frauen war der Verlauf früherer Geburten bestimmend für die Indication zur künstlichen Frühgeburt, in zwei Fällen speciell die zunehmende Grösse des Kindes. Da es sich bei 6 Frauen um mässige Verengung des Beckens handelte, so war der Vortragende in der Lage, für die Unterbrechung der Schwangerschaft nicht die möglichst frühe Zeit wählen zu müssen, sondern in 8 Fällen die abgelaufene 34., in einem Falle die 35. Woche und nur in einem Falle die 32. Woche. Das in der 32. Woche geborene Kind war das einzige, welches nach wenig Wochen an Schwäche starb. Von den 9 andern Kindern blieben 8 am Leben, und eines starb nach gutem Gedeihen mit 8 Wochen an Pneumonie.

Die Einleitung der Frühgeburt geschah unter strengster Einhaltung antiseptischer Cautelen. In allen Fällen wurde die Bougie angelegt und liegen gelassen (*Krause*'sche Methode). Es wurden meist Celluloidbougies verwendet, weil sich dieselben gründlich auskochen lassen. Dieselben haben jedoch den Nachtheil, dass sie nach dem Kochen zu schmiegsam und oft ohne Mandrin nicht einzuführen sind, und dass sie den Uterus nur sehr schwach reizen. Zur Einführung musste mehrere Male die vordere Muttermundslippe mit einer Hakenzange gefasst und dadurch dem Cervicalcanale eine gestreckte Lage gegeben werden. Der Uterus hatte in den 10 Fällen die Bougie durchschnittlich 57,3 Stunden zu beherbergen, im Maximum 110 Stunden, im Minimum 17; in einem Falle lagen gleichzeitig 2 Bougies. Zugleich mit den Bougies kam die Colpeuryse 3 Mal, in Abwechslung mit den Bougies 6 Mal zur Anwendung, die Tamponade der Vagina, in gleichem Sinne gebraucht, nur 1 Mal. Ein Mal kam zu Bougies und Colpeuryse noch ein Dilatateur intrautérin (nach *Tarnier*). In einem Falle wurde mit der *Kiwisch*'schen aufsteigenden Uterusdouche begonnen, aber ohne Erfolg, so dass zur Bougiebehandlung übergegangen werden musste. Secale und Ergotin wurden zweimal als Hülfsmittel neben andern Erregungsmitteln gebraucht, beidemale ohne Erfolg. Der Blasensprung — nie absichtlich provocirt — erfolgte bei 3 Geburten, ehe Wehen eingetreten waren, 1/2, 3 1/2 und 4 Stunden nach Einlegung der Bougies, doch war in dieser und mehreren andern Fällen der Wasserabgang ein partieller, d. h. es stellte sich später nochmals eine prall gefüllte Blase. Die ersten deutlichen Wehen kamen in 2 Fällen sofort auf Einführung der Bougies, in 8 Fällen nach 1/4—11 1/2 Stunden. Mehrere Male hörten die anfänglich guten Wehen später wieder auf, obschon die Bougies gut lagen.

Bei 2 Patientinnen erfolgte nach Einlegung der Bougie Blutabgang, bei einer derselben wiederholte er sich bei einer zweiten Bougie. In einem Falle trat, während die Bougie lag, eine leichte Ohnmacht ein, ohne dass Fieber, Blutung oder Erschöpfung als Ursache zu constatiren gewesen wäre. Die Ohnmacht wiederholte sich, als eine neue Bougie eingeführt worden war und es muss also diese Erscheinung mit dem Reize des Fremdkörpers zusammenhängen. — Während 3 Geburten wurden vorübergehend leicht febrile Zustände constatirt: ein Mal in der Austreibungszeit, in einem andern Falle zwei Mal in der Eröffnungsperiode; die dritte Fieberbeobachtung betraf eine phthisische Frau und eine der Geburten, bei welchen die Bougie Blutabgang bewirkt hatte.

Die Gesammtdauer der Geburt betrug im Durchschnitt 74,8 Stunden, im Maximum 110, im Minimum 31. Die verschiedene Dauer der Geburten lässt keinen bestimmten Schluss zu auf Werth oder Unwerth der angewandten Methoden, weil in keinem einzigen Falle eine Methode ausschliesslich zur Anwendung kam und weil die Verhältnisse der Privatpraxis oft Störungen und Verzögerungen mit sich bringen. Die scheinbar lange Dauer von fast 75 Stunden hat bei consequent und gewissenhaft durchgeführten antiseptischen Cautelen keine Nachtheile und trägt zum glücklichen Verlaufe der Geburt bei, indem sie dem Cervix die zu seiner Erweichung und Erweiterung nöthige Zeit bietet.

Zur Zeit der Einleitung waren 9 der Kinder in Kopf-, 1 in Schieflage. Eine Kopflage verwandelte sich im Laufe der Geburt in eine Querlage.

Von den 10 Geburten verliefen 6 ohne entbindende Operationen, 3 Mal wurde die Wendung auf den Fuss gemacht, 1 Mal die Zange angelegt. Von sonstigen Eingriffen wurden nöthig: 4 Mal die Naht des Dammes resp. der Scheide, 2 Mal die Entfernung der Placenta, 1 Mal die Lösung zurückgebliebener Eihautstücke, 1 Mal die manuelle Entfernung von Blutgerinnseln nach atonischer Nachblutung.

Von den Wochenbetten verliefen 6 absolut afebril, die 4 übrigen ohne ernstliche Complication. In 2 Fällen war am 3. und 4., resp. 4. und 5. Tage eine vorübergehende Temperatursteigerung durch Mastitis incipiens bedingt. In einem Falle war 8 Tage lang mässige Temperatursteigerung ohne Pulsbeschleunigung und ohne nachweisbar örtliche Störung vorhanden und in einem Falle hörte ein die 4 ersten Tage bestehendes Fieber mit der Ausstossung eines apfelgrossen Coagulums auf.

Von den 10 sämmtlich lebend gebornen Kindern waren 3 asphyctisch, erholten sich aber rasch, ein nicht asphyctisch geborenes war 24 Stunden lang matt, gedieh dann aber gut. Ein Kind kam mit Facialisparalyse und eines mit Parese eines Armes zur Welt, beide genasen. Die 8 am Leben gebliebenen Kinder haben sich normal entwickelt.

Prof. *Fehling* will sein Votum auf die nächste Sitzung verschieben, da ihn eine Verpflichtung jetzt wegruft.

Dr. *Vögtli* gab folgendes Votum ab:

Erlauben Sie mir einige Bemerkungen zum Vortrage des Herrn Dr. *Oeri*. Ich habe in meiner Privatpraxis im Ganzen 7 Mal die künstliche Frühgeburt eingeleitet und zwar bei 2 Frauen je 2 Mal und bei 3 Frauen je 1 Mal. Alle Frauen waren Mehrgebärende. Die Indication bot immer Beckenverengung, resp. ein Missverhältniss zwischen Becken und kindlichem Kopfe. Da alle Frauen vorher nur todte Kinder geboren hatten und meist schwere Operationen überstehen mussten, da sie aber nachher lebende Kinder wünschten, so schritt ich zur künstlichen Frühgeburt. In 5 Fällen wurden nach eingeleiteter Geburt lebende Kinder spontan geboren, 2 Kinder starben unter der Geburt; von den lebenden starben noch 2 einige Tage nach der Geburt an Lebensschwäche, 3 blieben gesund. Alle Wöchnerinnen machten ein ganz normales Wochenbett durch und sind nach 12—14 Tagen aufgestanden.

Dr. *Oeri* hat in Bezug auf die Kinder ein besseres Resultat erzielt; doch schreibe ich dies nur dem Umstande zu, dass er die künstliche Frühgeburt gewöhnlich erst in der 34. oder 35. Woche der Schwangerschaft einleitete, während ich gewöhnlich in der 32. operiren musste. Dabei waren natürlich die Kinder viel weniger widerstandsfähig.

In Bezug auf die Methode scheint aus dem Vortrage von Dr. *Oeri* hervorzugehen, dass er hohle Bougies mit Mandrins gebraucht. Ich wende jetzt immer massive Bougies an, da wir einmal in der Entbindungsanstalt in Bern eine Wöchnerin nach künstlicher Frühgeburt an Sepsis verloren, wo wir uns den Todesfall nicht anders erklären konnten, als dass septische Stoffe mit der Luft durch die hohle Bougie in den Uterus gedrungen waren. Alle Cautelen in Bezug auf Desinfection wurden von uns beobachtet.

Meine Methode der Einleitung der künstlichen Frühgeburt unterscheidet sich noch dadurch von derjenigen des Hrn. Dr. *Oeri*, dass ich die Bougie etwa 8 cm. oder etwas mehr zwischen Uterus und Eihäuten einführe, dann durch Druck auf die Bougie am Muttermund von unten aus und einen etwas rascheren Vorstoss die Eihäute durchbohre, nachher die Bougie ganz einführe und liegen lasse. Ich combinire also die *Krause*'sche und die *Scheel*'sche Methode. Es ist dies eine Methode, welche den Vortheil bietet, dass die Wehen rascher eintreten und der Geburtsverlauf abgekürzt wird. Während bei Dr. *Oeri* die Geburten durchschnittlich über 70 Stunden dauerten, waren sie in meinen Fällen in 24—36 Stunden vorbei; nur eine dauerte 72 Stunden. Durch den rascheren Geburtsverlauf wird auch die Gefahr für Infection der Gebärenden vermindert und das Leben des Kindes weniger gefährdet. Der hohe Eihautstich, wie man die Methode nennen könnte, kommt zufällig bei der *Krause*'schen Methode nicht selten vor, wie *Schröder* in

seinem Lehrbuche sagt, und wie es auch Dr. *Oeri* passirt ist, ohne dass Schaden daraus erwachsen wäre.

Gegen diese Combination wendet jedoch Dr. *Oeri* ein, dass der Blasensprung möglichst hinauszuschieben sei, um eine möglichst treue Nachahmung der natürlichen Geburt zu bezwecken. —

Prof. *Roth* spricht über **Actinomycose des Menschen** an Hand der Präparate des neulich von Dr. *Münch* im „Corr.-Blatt" beschriebenen Falles, welcher vor 3 Wochen starb. Zu der früher beschriebenen oberflächlichen und zu der tiefen Form hat man neuerdings die abdominale Form scheinbar primären Ursprungs gefunden. Ferner fand man die Krankheit ausser beim Rinde auch bei der Ziege, dem Pferd und vor Allem dem Schwein, hier mit Muskelactinomycose; hierin liegt die Möglichkeit der Ansteckung für den Menschen. Im vorliegenden Falle liegt, da die obern Verdauungswege ganz intact sind, wohl die thoracale Form vor. Die Schwielenbildung begann wahrscheinlich im parapleuralen Zellgewebe rechts (von der Lunge ausgehend), ging auf das Mediastinum über und setzte sich auf den Herzbeutel fort. In der Lunge findet sich eine einzige Stelle, wo eine Fistel von einem Bronchus zum Zwerchfell führt (primäre Infectionsstelle?). In den Lungen zahlreiche tuberkelähnliche Knötchen von Actinomyces. Der weitere Befund bezieht sich auf Metastasen, so an Hode, Darm und vor Allem an Musculatur und allen möglichen Körpergegenden. Wegen der Kleinheit der Rasen und des deshalb schwierigen Nachweises derselben im Eiter wird der Actinomyces leicht übersehen; Referent hält deshalb die Krankheit nicht für so gar selten, aber oft für übersehen.

Schlachthausverwalter *Siegmund* hat bisher nur den Kopf der erkrankten Thiere dem Consum entzogen. Jetzt muss er sich fragen, ob er die Thiere nicht ganz confisciren soll. Eine microscopische Untersuchung machte er bis jetzt noch nicht. Die Actinomycose des Schweines, übrigens in Basel noch nicht beobachtet, wird wegen Mangels der Eiterung um die betreffenden Herde von manchen Forschern neuerdings geleugnet,

eine Ansicht, gegen welche Referent *Virchow*'s Autorität anführte. Nach Referent fand man beim Rinde bisher die Krankheit noch nicht generalisirt, ein Fall von Ausbreitung auf die Lunge (*Pflug*) ausgenommen. Die Thiere sollten eben genau untersucht und das kranke Fleisch sicher confiscirt werden.

Dr. *Wilhelm Bernoulli* berichtet über den Gang des Lesezirkels.

Die Wahl des Präsidiums für 1888 fiel auf Dr. *Oeri*, der die Wahl annahm. Die übrigen Commissionsmitglieder wurden per acclamationem in ihren Aemtern bestätigt.

Sitzung vom 19. Januar 1888.

Präsident: Dr. *Oeri*. — Actuar: Dr. *Dan. Bernoulli*.

Anwesend 14 Mitglieder und 2 Gäste.

Der vom Secretär verfasste Jahresbericht über 1887 wird verlesen und genehmigt.

Der Cassabericht über 1887 wird vom Cassier abgelegt; er wird ebenfalls gutgeheissen.

Dr. *Rütimeyer* hält hierauf einen Vortrag **über die anatomische Localisation der hereditären Ataxie.** Nach einem Rückblick auf die bis jetzt vorliegende gesammte Literatur über hereditäre Ataxie (90 Fälle in 36 Familien, 51 Männer, 39 Frauen) werden kurz die klinischen Symptome zweier vom Verf. im Jahre 1883 beschriebener Fälle von hereditärer Ataxie, die unterdessen gestorben und zur Section gekommen waren, recapitulirt. Es folgt sodann der macroscopische und microscopische Befund des Rückenmarks, der peripheren Nerven und Muskeln der beiden Fälle. Als charakteristisch für beide Fälle wird besonders hervorgehoben die streng systematische Abgrenzung des sclerotischen Processes in den Seitensträngen auf die Pyramidenseitenstrang- und Kleinhirnseitenstrangbahnen.

Die Pyramidenvorderstränge sind völlig intact. In den Hintersträngen sind es wesentlich die *Goll*'schen Stränge, die entartet sind, daneben in verschiedenen Höhen gewisse

Partien der *Burdach*'schen Stränge. Relativ intact sind in den Hintersträngen überall die vordern äussern Felder und die median dem Austritt der hintern Wurzeln anliegenden Partien. In der grauen Substanz sind im Gegensatz zur gewöhnlichen Tabes die Zellen und Fasern der *Clarke*'schen Säulen erkrankt, daneben die hintern Wurzeln, während die *Lissauer*'sche Randzone intact bleibt. Beide Fälle verhalten sich durchaus analog in der streng systematischen Localisation der sclerotischen Processe.

Es folgt eine Vergleichung mit den spärlichen in der Literatur niedergelegten anderweitigen Befunden über anatomische Localisation der hereditären Ataxie, sowie eine solche mit den sog. combinirten Systemerkrankungen, speciell mit den Fällen *Westphal*'s, mit denen sie in mancher Hinsicht anatomisch, nicht aber klinisch übereinstimmen. Der Vergleich mit den Fällen von „classischer Tabes" zeigt im Gegentheil neben ziemlich grosser klinischer Uebereinstimmung sehr bedeutsame anatomische Unterschiede. Nach einer eingehenden Besprechung des sichern und wahrscheinlichen Zusammenhanges der in beiden Fällen vorhanden gewesenen klinischen Symptomencomplexe mit der anatomischen Localisation in gewissen, streng abgegrenzten Strangsystemen des Rückenmarks und des physiologischen Zusammenhangs innerhalb des letztern kommt Verf. zum Schluss, dass wenn die beschriebenen Fälle in das ganze System der Rückenmarkskrankheiten eingereiht werden sollen, eine sowohl klinische wie anatomische strenge Abgrenzung der hereditären Ataxie von der classischen Tabes geboten erscheint. Die erstere ist aufzufassen als eine combinirte primäre Systemerkrankung auf hereditärer Grundlage und bildet eine klinisch wie anatomisch charakterisirte selbstständige Krankheitsgruppe.

Illustrirt wird der Vortrag durch Demonstration microscopischer Präparate und durch Zeichnungen.

Die Discussion wird nicht benützt.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

2. Wintersitzung den 19. November 1887.[1])

Präsident: Dr. *H. v. Wyss*. — Actuar: Dr. *W. Schulthess*.

I. Das Präsidium theilt mit, dass Herr Dr. *Veraguth* (ehemaliges Mitglied unserer Gesellschaft) die Gesellschaft mit einem literarischen Erzeugniss, das Klima des Ober-Engadins, beschenkt hat. Der Actuar erhält den Auftrag, das Geschenk dem Autor zu verdanken.

II. Prof. *Haab* trägt vor:

1) Ueber **gonorrhoische Allgemein-Infection** und Misch-Infection mit Gonococcen und andern Microorganismen. Zunächst wird die gonorrhoische Iritis und Iridocyclitis geschildert, die Vortragender schon öfter beobachtete und ein Patient mit solcher Iritis demonstrirt. Sodann erwähnt er der Conjunctivitis Gonorrhoischer, die ohne Uebertragung des Secretes ins Auge auftritt, wo also das Secret der Conjunctiva frei von Gonococcen und der Process gewöhnlich dementsprechend gutartig ist. Ferner berichtet Vortragender über einen Patienten mit schwerer Allgemein-Infection in Folge von Urethritis gonorrhoica. Es drohte hier der Tod in Folge grosser Erschöpfung durch das constante, wochenlange Fieber, das keiner Medication wich. Er litt an Ergüssen in die Knie- und Ellbogen-Gelenke, hatte Abscesse in der linken Axilla, verlor das eine Auge durch schwerste Blennorrhoea gonorrhoica und das andere beinahe an derselben Affection, der dann eine lang andauernde Cyclitis mit enormer Druckverminderung nachfolgte. Im Kniegelenkserguss fanden sich keine Coccen, in einem Abscess in der Axilla dagegen fanden sich solche, aber nicht Gonococcen, sondern Staphylococcus. Die Frage der sog. Mischinfectionen speciell im Gefolge der Gonorrhoe scheint Vortragendem eine sehr wichtige zu sein.

---

[1]) Erhalten den 9. März 1888. Red.



2) berichtet Vortragender über die Resultate der von Dr. *Zellweger* angestellten und in dessen Dissertation geschilderten Untersuchungen über den **Zusammenhang von Erkrankung des Opticus („Stauungspapille") und Gehirn-Affectionen,** indem er einen kurzen Ueberblick über die derzeitigen Anschauungen bezüglich dieses Connexes gibt. Vortragender ist der Ansicht, dass meist eine descendirende Entzündung die sog. Stauungspapille verursacht und nicht die blosse mechanische Verdrängung des Liquor cerebro-spinalis nach der Opticus-Scheide hin. Letzteres Moment dürfte eine weniger wichtige Rolle spielen, als bislang meist angenommen worden ist. Die Einbringung von Zinnober in den Subduralraum der Gehirnconvexität zeigt ein rasches Descendiren dieses Stoffes in den Opticus-Scheidenraum. Offenbar wird dies durch einen Lymphstrom bewerkstelligt, der mit erheblicher Kraft feste und flüssige Substanzen nach diesem Scheidenraum (auch nach dem Rückenmark) hin trägt. Wenn irgendwo im Gehirn entzündliche Vorgänge, auch weit entfernt von den Optici, vorhanden sind (und solche finden sich auch um Tumoren herum), so wird dieser Lymphstrom entzündungserregende Substanzen nach dem Intervaginalraum des Opticus tragen können, wodurch Neuritis und Papillitis zu Stande kommt. (Demonstration solcher Zinnoberpräparate).

3) Es berichtet Vortragender über einen gelungenen **Impfversuch mit Molluscum contagiosum,** den er an sich selbst angestellt hatte. Er impfte den Inhalt eines frisch exstirpirten Knötchens durch Verreiben auf seinen Vorderarm und bemerkte dann nach mehr als einem halben Jahr, als er die Sache schon vergessen hatte, an jener Stelle ein typisches Knötchen von Molluscum contagiosum. Er exstirpirte dasselbe, nachdem es ca. Hanfkorngrösse erreicht (und sich etwas entzündet hatte) und die microscopischen Präparate, welche Vortragender sowohl von dem primären als dem durch Impfung erzielten Knoten vorlegte, zeigen die typische Structur des Molluscum contagiosum. Bekanntlich sind solche Impfungen bis jetzt nur in kleiner Zahl gelungen. Auch *Retzius* sah erst nach langer Dauer das Knötchen sich bilden.

4) Es demonstrirt Vortragender eine Anzahl **Bilder des Augenhintergrundes** bei verschiedenen Erkrankungen desselben, die vermittelst seines „Skizzenbuches zur Einzeichnung ophthalmoscopischer Beobachtungen des Augenhintergrundes" angefertigt in möglichster Farbentreue den Befund wiedergeben.

Discussion. Dr. *Hanau* theilt in Ergänzung der Krankengeschichte des einen an Trippermetastasen gestorbenen Patienten mit, dass sich bei demselben die ulceröse Endocarditis der Aorta aber ohne multiple Embolien und eine ausgebreitete pneumonische Infiltration gefunden habe. Der Prostataabscess musste als von einem Drüsenläppchen ausgehend betrachtet werden.

III. Die Herren Dr. *Fick* und *Pfister* werden einstimmig in die Gesellschaft aufgenommen.

Die Herren Dr. *Kappeler* und *Bach* haben sich zur Aufnahme gemeldet.

3. Wintersitzung den 3. December 1887.

Präsident: Dr. *H. v. Wyss.* — Actuar: Dr. *W. Schulthess.*

I. Prof. *Haab* demonstrirt eine Anzahl Präparate, welche in dem in letzter Sitzung gehaltenen Vortrage besprochen worden sind.

II. Prof. *Oscar Wyss* spricht über die Untersuchungsmethoden für die Formelemente in der Luft, speciell über die Methoden zur **Untersuchung der Luft auf Microorganismen** und die Keime von solchen. Nachdem er die Methoden erörtert, mittelst denen es gelungen war, zu zeigen, dass nicht der Sauerstoff der Luft Fäulniss und Gährungsprocesse bedinge, sondern durch Glühen, concentrirte Schwefelsäure, Filtration durch Watte etc. zerstörbare Ursachen für diese Vorgänge in der Luft vorhanden seien, suchte zuerst *Pasteur* diese Erreger durch Schiessbaumwolle aus der Luft zu sammeln und nach Lösen des Filtrums in Aether microscopisch zu ergründen. *Pourbet* erfand das Aëroscop; und *F. Cohn* suchte durch Culturen die Microorganismen der Luft zu studiren. Er züchtete die betr. Pilze in Lösungen von Malzextract und Fleischextract, durch welche Lösungen

er zum Auffangen der Keime Luft durchströmen liess. *R. Koch* empfahl zuerst die Sedimentirmethode: d. h. er liess ein über Nährgelatine ruhig stehendes Luftquantum seine Keime auf die Gelatine niederfallen, aussäen und untersuchte die dann entstehenden Colonien. Modificirt wurde diese Methode durch *Hesse*, der Luft so langsam über eine Gelatineschicht strömen liess, dass die Pilzkeime sich auf letzterer niederschlagen und dann wachsen konnten. So fand *Hesse*, dass in der langsam strömenden Luft die Keime der Schimmelpilze weiter getragen wurden als die Bacterien; dass in der Luft in Berlin im Winter ca. 5 Keime in 10 Liter Luft sich im Freien finden; dass die der Stadt zuströmende Luft weniger keimreich ist, als die von Berlin abströmende; dass in höherer Lage weniger Keime sich finden als unten; dass in bewohnten Räumen und zumal in Schulen (bes. während und nach dem Unterricht) sowie in Krankenhäusern mehr Keime sich finden als im Freien. *Miquel* in Paris kehrte zur Auswaschmethode der Luft zurück, wendete als Nährmedium Bouillon, als Apparate Glaskugeln mit Glasröhren an, die vor und nach dem Versuch zugeschmolzen werden. Auch deutsche Untersucher kehrten zur Filtrirmethode zurück: *Emmerich*, *Sehlen*, *Hüppe*, *Kammerer* und *Giacomi* verwendeten Apparate, die der Vortr. vorweist und erklärt. *Petri* wählte statt der Nährgelatine, die von den letztgenannten als Auswaschmedium für die Luft angewendet wurde, erst Watte, dann Asbestfilter und endlich geglühten Sand von bestimmter Sandkorngrösse und bes. Construction an. Nach dem Durchströmen der Luft wird der Sand auf *Koch*'s festen Nährboden ausgesäet, und nun kann man bequem hier die Entwicklung der Colonien der Luftbacterien studiren. Auf diese Weise bekam *Petri* eine grössere Pilz- und Bacterienzahl in der Luft als *Hesse* z. B. im Freien in Berlin in 1 Cubikmeter Luft 0—2860 Bacterien und 215—3880 Pilzsporen; im Thierstall des Institutes aber 11,500—32,000 Bacterien und 780—7400 Pilzsporen.

In dem mit diesem Semester eröffneten Hygieine-Institut der Universität Zürich werden von M. Dr. *Hobarth* aus Boston z. Z. bacteriologische Untersuchungen der Luft ausgeführt, die bis dahin die Angaben von Dr. *Petri* bezüglich der Brauchbarkeit und Zuverlässigkeit seiner Methode bestätigen. Vortr. weist solche Culturen vor und bemerkt, dass nach seinen bisherigen Erfahrungen die Luft nicht, wie *Hesse* angibt, arm an Arten sei, sondern dass eine grosse Zahl verschiedener Pilze und Microorganismen bis jetzt schon beobachtet worden sei, eine Beobachtung, die mit *Flügge*'s Angaben gut übereinstimmt.

Discussion: Dr. *Fick* bemerkt, dass *Frankland* die zu untersuchende Luft durch Zucker aspirirt, hierauf den Zucker in Nährgelatine gelöst und so eine gleichmässige Vertheilung aller zurückgehaltenen Keime erzielt habe.

Prof. *Wyss* erwidert, dass *Petri* sich dagegen verwahrt habe, dass diese Methode *Frankland*'s eigene Erfindung sei, zudem sei aber der Zucker, weil nur unvollständig sterilisirbar, für diese Untersuchungen weniger geeignet.

Dr. *Ritzmann* spricht seine Verwunderung darüber aus, dass nach den Untersuchungen *Hesse*'s chirurgische Säle mehr Microorganismen enthalten sollten, als solche mit internen Kranken belegte, und macht nach nochmaligem Aufschlagen des betreffenden Passus in *Hesse*'s Arbeit darauf aufmerksam, dass die chirurgischen Säle nach dem Kehren untersucht worden seien.

Präsident findet ebenfalls die vergleichenden Untersuchungen nicht zuverlässig genug und glaubt, dass die Schwierigkeiten zur Herstellung gleicher Bedingungen sehr gross seien, da Kleinigkeiten, z. B. zufälliger Ventilationszug, das Ausschwingen eines Leintuches u. s. w. die Untersuchungen sehr erschweren.

Vortragender schliesst sich den ausgesprochenen Ansichten durchaus an, betont, dass Untersuchung auf Microorganismen weitaus schwieriger sei, als beispielsweise diejenige auf Kohlensäure.

Er findet die Angaben *Hesse*'s ebenfalls nicht exact genug, z. B. ist die Belagsdichtigkeit des schon genannten chirurg. Saales nicht angegeben. Zudem finden sich in *Hesse*'s Arbeit noch eine Anzahl auffallender Angaben. *Hesse* gibt übrigens selbst zu, dass seine Untersuchungen nicht abschliessend sind.

III. Es folgt die einstimmige Aufnahme der Herren Dr. *Kappeler* und *Bach* in die Gesellschaft.

IV. Das Präsidium theilt mit, dass Herr Dr. *Fratscher*, pract. Arzt in Aussersihl, sich zur Aufnahme gemeldet hat.

Referate und Kritiken.

Ueber Hypersecretion und Hyperacidität des Magensaftes.

Von Dr. *R. von den Velden*. *Volkm.* klin. Vorträge. Leipzig, Breitkopf & Härtel.

Verfasser bezeichnet mit Hypersecretion die übermässig lang andauernde Secretion des Magensaftes; bei solchen Kranken findet man auch nach erfolgter Resorption der gebildeten Verdauungsproducte noch längere Zeit hindurch Pepsin und Salzsäure. Die subjectiven Symptome der Hypersecretion bestehen in Beschwerden verschiedener Art, die bei speisefreiem Magen auftreten und erst nach spontanem Erbrechen oder nach Aushebern und Auswaschen verschwinden. Schon früher haben verschiedene Autoren, u. A. auch *Sahli* („Corr.-Bl. für Schweizer Aerzte" 1885) einschlägige Fälle beobachtet. Drei weitere Krankengeschichten publicirt der Verfasser.

Aetiologisch bemerkenswerth für das Ulcus ventriculi ist vielleicht der Befund von abnorm grosser Quantität freier HCl im Magensaft von drei an Magengeschwür Leidenden. *Siebenmann.*

Ueber die Behandlung der puerperalen Eklampsie.

Von *Veit*. *Volkmann's* Vorträge. Nr. 304. Dezember 1887.

Diese besteht bei *Veit* seit mehr als 30 Jahren in Verabreichung von Opium oder Morphium (früher per os, jetzt subcutan), weil er sah, dass die Paroxysmen ausblieben, wenn eine tiefe Narcose zu Stande gekommen war; dass bei der kurzen Dauer der Krankheit das Leben der Frau nicht länger als etwa 24 Stunden lang erhalten werden musste. Eine tiefe Narcose aber durch einen solchen Zeitraum durch Chloroforminhalation zu unterhalten, ist viel mühsamer und gefährlicher. Immerhin kann bei einem ganz bedrohlichen Fall die Behandlung mit der Chloroformnarcose beginnen. Vom Morphium ist eine Wirkung nicht zu hoffen, wenn man das erste Mal unter 0,03—0,04 gibt; Gaben, die mehr oder weniger bald wiederholt werden müssen. Es sind innerhalb 4—7 Stunden Dosen bis zu 0,2 erforderlich gewesen. Obschon *Veit* das Hauptgewicht auf eine tiefe Narcose legt, hat er doch überall da, wo es möglich war, die Geburt so schnell als möglich zu beenden gesucht, da mit der Entleerung des Uterus die Anfälle schwinden können. Diese Therapie war erfolgreich in ca. 60 Fällen; vor Kurzem hat *V.* die zwei ersten Todesfälle an Eclampsie erlebt, die bei der Section einen Causalzusammenhang des Todes mit einer Nephritis zeigten. Demnach besteht neben den oben angegebenen Aufgaben eine weitere, nämlich die Folgen der Nierenentzündung durch unmittelbare Behandlung derselben unschädlich zu machen. Dies geschieht durch eine kräftige Anregung der Diaphorese (nach *Liebermeister* Vollbäder von 42—45° C. und nachträgliche Einpackung in wollene Decken). Zwei solche geheilte Fälle werden mitgetheilt. *Veit* glaubt sich nach diesem zu dem Schlusse berechtigt, „dass es gelingen wird, durch gleichzeitige Anwendung der Morphiumnarcose und der Diaphorese einen günstigen Ausgang, selbst in den schlimmsten Fällen, zu vermitteln, mag die Eklampsie ante, intra oder post partum ausbrechen." Der kurze, interessante Vortrag sei allen Aerzten empfohlen, denn die Behandlung der Eklampsie ist entschieden noch eine schwache Seite Vieler. Das geht schon daraus hervor, dass in den fünf Jahren 1880—1884 allein im Canton Zürich 25 Frauen an dieser Krankheit verstorben sind (laut den amtlichen Medicinalberichten). *Roth* (Winterthur).

Die künstliche Beschränkung der Kinderzahl als sittliche Pflicht etc.

Von *Ferdy*. 3. Auflage. Berlin und Neuwied, Heuser. 1888.

Der Verfasser ist wohl Vielen schon bekannt durch seine für Aerzte bestimmte Schrift: Die Mittel zur Verhütung der Conception etc. Neuwied, 1887. Die vorliegende Arbeit ist für den Laien geschrieben und tragen die einzelnen Abschnitte derselben folgende Titel: I. Die Stellung des Malthusianismus im Christenthum. II. Kritik des Mal-

thusianismus an der Hand der *Kant*'schen Vernunftmoral. III. Uebervölkerung. IV. Der Malthusianismus in Deutschland. V. Die malthusianische Propaganda. Das Endergebniss seiner Untersuchung ist in folgenden Sätzen ausgedrückt: „Die Gesellschaft aller civilisirten Staaten wird in absehbarer Zeit durch die Gewalt der Thatsachen gezwungen werden, malthusianischen Grundsätzen nachzuleben. Das Präventivsystem in Frankreich und Siebenbürgen, der Neomalthusianismus in England und Holland sind eine über das Ziel hinausschiessende Reaction gegen die von dem Segen der Kirche und dem Wohlwollen der Regierenden getragene thierische Proliferation der Ehen. Vor der Vernunftmoral sind die beiden erstern ebenso unsittlich wie die letzten. Also Präventivsystem und Neomalthusianismus sind eine entwicklungsgeschichtlich nothwendige Durchgangsphase ... Besser wäre, wir bedürften des Neomalthusianismus nicht, aber wir schätzen ihn als gute Nothwehr des schier ohnmächtigen Individuums gegen eine Gesellschaft, in welcher der Aasgestank der verfaulten Nachgeburt des Mittelalters die freie Lebenslust verpestet, als ein Kampfmittel, welches schliesslich den Staat zur Abwehr nöthigen, aber gleichzeitig zwingen wird, den berechtigten Kern im Neomalthusianismus, d. i. den Malthusianismus anzunehmen und selber durchzuführen." „Die practische Ausübung des Malthusianismus erheischt den Gebrauch zweckentsprechender anticonceptioneller Mittel..."

Die Arbeit ist mit sittlichem Ernst und enthusiastischer Ueberzeugungstreue geschrieben und wird sie auch derjenige, welcher nicht ganz mit dem Verfasser einig geht, mit Interesse lesen. *Roth* (Winterthur).

Phantom des Menschenhirns.

Von *Ludwig Fick*. Als Supplement zu jedem anatomischen Atlas. 5. vollständig umgearbeitete, vermehrte und mit Text versehene Auflage.

Was der Titel verspricht, hat die Verlagshandlung gehalten. Vermehrt ist das kleine practische Phantom, aus übereinander gehefteten Abbildungen des Gehirns in natürlicher Grösse bestehend; denn die Windungen sind genau angegeben und zu leichterer Orientirung mit Namen bezeichnet; der vierte Ventrikel ist jetzt auch zu sehen, und endlich ein Horizontalschnitt des Gehirns beigegeben — den Faserverlauf darstellend! Mit dieser Bereicherung und der aus wenigen Octavblättchen bestehenden Erläuterung ist der alte, längst verstorbene Freund *Fick* aus Marburg wieder recht lehrreich geworden.

Kollmann.

Die Stricturen und Fisteln der Harnröhre.

Von Sir *Henry Thompson*. London 1888. Uebersetzt von Dr. *Leopold Casper*, Berlin. 300 S. Verlag von J. A. Finsterlin, München.

Mit grossem Fleiss und erschöpfender Gründlichkeit hat der bekannte Verfasser seine langjährigen und reichen Erfahrungen in dieser Arbeit, deren IV. Auflage uns nun vorliegt, niedergelegt.

Nach einer klar gehaltenen Behandlung der Anatomie und Physiologie der männlichen Harnröhre, ein Capitel, das *T.* durch eigene Versuche wesentlich bereicherte, gibt er uns seine Eintheilung der Stricturen, die etwas von derjenigen deutscher Fachmänner differirt. Es folgt dann die Beschreibung der Symptome, der Ursachen und der Diagnose der Strictur mit einer Fülle practischer Détails. Den Haupttheil des Werkes nimmt die Aufführung und Kritik der verschiedenen Behandlungsmethoden ein, und einige dieser Capitel sind in ihrer Klarheit und der durch die grosse eigene Erfahrung bedingten Lebendigkeit der Schilderung mit grossem Genuss zu lesen. *T.* anerkennt viele Vortheile der langsamen Dilatation, glaubt aber, „dass die interne Urethrotomie das beste und sicherste Mittel gegen Stricturen darstellt" und reservirt die Urethrotomia externa nur für Fälle, „bei welchen grosse und zahlreiche Perinealfisteln mit veralteten hartnäckigen Stricturen coincidiren."

Die letzten Capitel handeln von den Folgen der Stricturen und ihrer Behandlung: Harnverhaltung, Urinfieber etc. — Da von *T.* selbst fast nur die englische und französische Literatur berücksichtigt wird, hat Dr. *Casper* in seiner trefflichen Uebersetzung das Werk durch Erwähnung der deutschen Literatur in Anmerkungen zu ergänzen gesucht, immerhin sind einige neuere Erfahrungen, wie z. B. die Excision der stricturirten Partie (*König*, *Heusner*) unbeachtet geblieben.

Obschon wir in der Arbeit von *Dittel* (Deutsche Chirurgie) eine treffliche deutsche und ausländische Erfahrungen wohl berücksichtigende Monographie haben, empfiehlt sich das vorliegende Buch Fachleuten sehr zum Durchlesen. *C. Hägler.*

Die Sectio alta subpubica.

Eine anatomisch-chirurgische Studie von Dr. *Carl Langenbuch* nebst einer Vorbemerkung von Dr. *Waldeyer*. Mit 4 Holzschnitten. Berlin 1888. Hirschwald. 52 S.

Zur Extraction von Blasensteinen und Entfernung von Geschwülsten der Blase empfiehlt der Verfasser — auf Grund anatomischer Studien — einen neuen Weg. Er will durch Ablösen der Bandmassen von der Symphyse zwischen dieser und der Peniswurzel eindringen und hier die Blase in ihrer untern vordern Ausbuchtung eröffnen. Die Vermeidung der Urethra und die gute Ableitung des Urins sind die beiden Hauptvortheile. Die Einzelheiten sind in der anziehend geschriebenen Broschüre nachzulesen. *Garrè.*

Die neueren Arzneimittel in ihrer Anwendung und Wirkung.

Dargestellt von Prof. Dr. *Loebisch*, Innsbruck. 3. Auflage. Urban & Schwarzenberg, Wien und Leipzig. 1888.

Sind schon die früheren Auflagen des vorliegenden Buches den Bedürfnissen des practischen Arztes in schätzbarer Weise entgegen gekommen, so ist dies in noch weit höherem Maasse bezüglich der jüngst erschienenen 3. Auflage der Fall. Der Verfasser hat es verstanden, aus dem Chaos der namentlich in den letzten Jahren zur therapeutischen Anwendung empfohlenen Drogen und chemischen Präparate diejenigen Arzneikörper auszuwählen, deren Wirksamkeit bis jetzt durch die klinische Beobachtung bestätigt worden ist. So finden wir den in den frühern Auflagen abgehandelten Körpern der aromatischen Reihe „von den der Fettreihe zugehörenden Substanzen den Paraldehyd, das Urethan und Amylenhydrat, von den speciell zu der Gruppe der aromatischen Reihe zählenden Arzneikörpern das Acetanilid, Aseptol, Acetophenon, Saccharin und Salol, von den Derivaten der Chinolinreihe das Thallin sowie das vom Chinizin abgeleitete Antipyrin“ beigefügt. Neu aufgenommen wurden ferner das Pyridin, Jodol und Ichthyol, von den Alkaloiden das Cocaïn, von den Glykosiden Strophantus Kombé. Neben den Angaben über die specielle therapeutische Verwendung der einzelnen Arzneikörper finden sich jeweilen die wichtigsten Ergebnisse der physiologisch-pharmakologischen Prüfung derselben in übersichtlicher Weise mitgetheilt.

So bildet das vorliegende Buch eine recht zweckmässige Anleitung zum Studium der neueren Arzneikörper und kann in dieser Hinsicht zunächst dem practischen Arzte warm empfohlen werden. *Demme*, Bern.

Cantonale Correspondenzen.

Luzern. Die Transfusion bei Kohlendunstvergiftung. Ein geheilter Fall. Die Transfusion ist bei Kohlendunstvergiftung nicht häufig versucht worden und die Zahl der Fälle, bei denen sie sich nützlich erwiesen hat, ist immerhin eine so beschränkte, dass jede weitere Beobachtung der Veröffentlichung werth erscheint. *Heinecke* hat bis zum Jahre 1885 dreiundzwanzig Fälle von Transfusion bei Kohlendunstvergiftung gefunden. Davon hatten 8 ein günstiges Resultat, ein Fall blieb zweifelhaft und 14 waren ungünstig. Sind demnach die Erfolge nicht als glänzende zu bezeichnen, so sind sie andererseits doch auch nicht derart, dass man daraus die Existenzberechtigung der Operation ohne Weiteres bestreiten könnte. Haben alle andern Hülfsmittel, welche wir bei Kohlendunstvergiftung anzuwenden pflegen, versagt, so darf entschieden zur Transfusion geschritten werden. Tritt also trotz Zufuhr von frischer Luft, trotz Einleitung der künstlichen Respiration, Reiben und Bürsten der Haut, Faradisation der nervi phrenici keine Spur von Besserung ein, oder ist dieselbe nur vorübergehend und von Verschlimmerungen gefolgt, dann kommt die Transfusion in Frage. Dieses Raisonnement leitete mich auch bei folgendem Falle.



Den 29. December 1883, Morgens 2 Uhr, kam ich zu Herrn B., Oberingenieur der Gotthardbahn, nach Göschenen. Derselbe war den 26. December Abends gegen 12 Uhr wohl und munter zu Bette gegangen. Den 27. December, Morgens nach 8 Uhr, hörte der Gastwirth ein auffallendes schweres Athmen in B.'s Schlafzimmer, was Veranlassung gab, dasselbe mit Gewalt zu öffnen. Herr B. lag bewusstlos in seinem Bette mit leichenartigem Aussehen, athmete jedoch. Da noch ein zweiter Herr, Oberingenieur M., in einem andern Zimmer in gleichem Zustande angetroffen wurde, hatte man sofort Verdacht auf Kohlendunstvergiftung. Und in der That zeigte eine Untersuchung der Oefen, dass dieselben zu früh geschlossen worden. Das zum Heizen benutzte Material, Holz und Steinkohle, wurde zum Theil unverbrannt vorgefunden. Die erste Hülfe, welche den Vergifteten von Laien zu Theil wurde, bestand in reicher Zufuhr frischer Luft und Reibungen der Körper. Die herbeigerufenen Aerzte fügten Hautreize, Reize für die Nase, ernährende und anregende Clysmen, Aetherinjectionen und ab und zu, wenn die Respiration oberflächlich und unregelmässig geworden, künstliche Athmung, sowie endlich Electrisiren der nervi phrenici hinzu. Unter dieser Behandlung erlangte Herr M. nach ca. 20 Stunden sein Bewusstsein und anschliessend zunehmende und definitive Besserung. Bei Herrn B. dagegen hielt die Bewusstlosigkeit an, seine Glieder hatten Neigung zu erkalten, das Athmen wurde zeitweise wieder unregelmässig.

Als ich den Patienten zum ersten Male sah — es war das 42 Stunden nach seinem Auffinden — constatirte ich vollständige Bewusstlosigkeit des kräftig gebauten, circa 50 Jahre alten Mannes. Er öffnete nur selten die Augen, erkannte aber Niemand, sondern machte blos unbewusste Bewegungen mit den Augapfeln, ohne zu fixiren. Auf starke Hautreize bewegte er ganz wenig die Glieder, welche sonst regungslos dalagen. Das Schlucken ging gar nicht, die Blasenfunctionen auch nicht. Die Pupillen waren eng. Hin und wieder erfolgte ein Glucksen. Die Respiration war auf 25 beschleunigt, regelmässig, doch etwas oberflächlich. Das Thermometer zeigte 38,1. Der Puls war regelmässig, voll, 92—94. Da nach weitern 6 Stunden der Zustand schlimmer geworden (Temp. 38,5, Puls gegen 100, Respiration 28, starker livor), so entschloss ich mich zur Transfusion. Ich legte die vena mediana bloss, liess ca. 800 grm. Blut von gewöhnlichem Aussehen ausfliessen und goss hierauf circa 110 grm. defibrinirten und im Wasserbade warm gehaltenen Menschenblutes vermittelst eines gründlich desinficirten Irrigators in dieselbe ein. Darnach sah Herr B. eine Stunde lang blass aus, auch schien er Schmerzen zu haben, denn er stöhnte ab und zu. Nach einer weitern Stunde war das Aussehen bedeutend besser und bald konnte man schwache Bewegungen der Glieder wahrnehmen, sowie Zeichen von wiederkehrendem Bewusstsein. Gegen Abend schluckte Herr B., bewegte die Arme kräftiger und gegen 11 Uhr Nachts fing er an, leise zu sprechen. Der Urin war und blieb normal. Den 31. December Morgens waren Puls, Temperatur und Respiration in Ordnung. Patient war noch etwas schlummersüchtig, gab aber Antwort und bewegte auf Befehl alle Glieder.

Mit der weitern Besserung ging es recht langsam. Erst am 7. Januar konnte Pat. mit Hülfe von Stöcken etwas gehen, allein am Ende desselben Monats ermüdeten Spaziergänge noch sehr. Noch später kehrten die geistigen Kräfte zurück. Herr B. erinnert sich an gar nichts, was seit seiner Erkrankung bis zum 3. Januar geschah. Das Gedächtniss blieb noch lange recht schwach, besserte sich indessen successive und erst gegen Ende Februar war es nach längerm Aufenthalt in Italien zur Norm zurückgekehrt. Von da ab blieben alle Spuren von der überstandenen Vergiftung verschwunden.

Die Bluttransfusion ist nun allerdings in neuester Zeit wieder scharf angegriffen, ja als geradezu schädlich dargestellt worden. Gewiss ist die Operation schon an und für sich mit einigen Gefahren verbunden. *v Ziemssen* nennt besonders deren drei, den Eintritt der Luft, die Gerinnselbildung in der Vene und die plötzliche Drucksteigerung im rechten Herzen. Die arterielle Transfusion ist zwar von diesen Gefahren mehr oder weniger frei, ruft aber andern schweren Bedenken. Dürfen wir also auch eine sorgfältigst ausgeführte Operation nicht als unschuldig darstellen, so ist das Risiko doch keineswegs derart, dass es den Eingriff verbietet. In der That wird denn auch die Bluttransfusion weniger wegen den unmittelbaren Gefahren der Operation selbst, als vielmehr wegen der schädlichen Wirkung des eingeführten Blutes auf den empfangenden Organismus verdammt. Bei Benutzung fremdartigen Blutes ist eine solche ver-

derbliche Beeinflussung des Blutempfängers erwiesen und besteht in der Erzeugung von Hämoglobinämie und Fermentintoxication: die Hämoglobinämie beruht darauf, dass die Blutkörperchen des transfundirten ungleichartigen Blutes im Kreislaufe des Blutempfängers sich auflösen und das Hämoglobin im Blute frei circulirt. Der Zerfall der Blutkörperchen veranlasst die Bildung von Schollen, welche die Capillaren, besonders der Nieren und der Lungen, verstopfen. Hand in Hand mit der Hämoglobinämie geht die Fermentintoxication. Im Jahre 1873 hat nämlich *Alexander Schmidt* dargethan, dass die Gerinnung des Blutes durch ein Ferment bedingt sei. Dieses Ferment bildet sich aus dem Zerfall der weissen Blutkörperchen, der mit dem Augenblicke beginnt, in welchem das Blut die normale Gefässwand verlässt. Das aus dem Gefässe getretene Blut enthält daher immer Fibrinferment. Durch die Blutgerinnung wird dieses Ferment verbraucht, doch nicht vollständig, so dass auch in dem durch Schlagen defibrinirten Blute noch solches vorhanden ist, allerdings nur wenig. Durch die beim Empfänger fremdartigen Blutes herbeigeführte Hämoglobinämie wird aber einem Zerfalle der weissen Blutkörperchen gerufen, wodurch neues Fibrinferment entsteht. Es ist daher zu erwarten, dass Thierblut, auch defibrinirtes, im menschlichen Organismus Gerinnungen hervorrufe und dies ist in der That vielfach festgestellt. Daher sind Thierbluttransfusionen beim Menschen zu unterlassen.

Es fragt sich aber weiter, ob die gleichen verderblichen Erscheinungen auch nach der Transfusion von Menschenblut, also homogenen Blutes auftreten. Während bei der Transfusion ungleichartigen Blutes die Hämoglobinämie sowohl direct, als auch durch Begünstigung der Fermentbildung eine sehr gefährliche Rolle spielt, ist die Entstehung derselben bei Anwendung gleichartigen Blutes viel weniger zu fürchten. Es muss zwar zugegeben werden, dass auch nach Transfusionen mit Menschenblut Hämoglobinurie beobachtet worden ist. Es lässt sich dies indessen aus der Beschädigung von Blutkörperchen durch den Act des Defibrinirens, durch zu starkes Erhitzen etc. erklären. Andererseits muss ferner zugestanden werden, dass auch das defibrinirte Blut immer noch etwas Fibrinferment enthält. Allein durch physiologische Versuche ist erwiesen, dass das lebende Blut im Stande ist, einen Theil des eingespritzten Fibrinferments zu zerstören, so dass nur concentrirte Lösungen Fermentintoxication hervorriefen. Thatsächlich wird denn auch durch die Erfahrung und das Experiment gelehrt, dass bei der Transfusion mit defibrinirtem Menschenblute weder Hämoglobinämie, noch Fermentintoxication sehr zu fürchten sind. *Heinecke* (18. Lieferung der deutschen Chirurgie), der eine geradezu erstaunliche Fülle von Literatur zu seiner Arbeit benützt hat, sagt daher S. 151: „Eine vorsichtige Transfusion mit defibrinirtem Menschenblute kann deshalb im Ganzen als ungefährlich bezeichnet werden."

Um allen Gefahren enthoben zu sein, ist versucht worden, auch bei Vergiftungen die Bluttransfusion durch die Kochsalzwassertransfusion zu ersetzen. Speciell bei der Kohlendunstvergiftung scheint mir dieselbe wirkungslos zu sein. Da sich das Kohlenoxyd an Stelle des Sauerstoffs drängt und aus den Blutkörperchen nur sehr schwer auszutreiben ist, so handelt es sich darum, neue Sauerstoffträger herbeizuschaffen. Die Bluttransfusion ist das allein im Stande, aber auch nur dann, wenn die eingeführten Blutkörperchen sich im neuen Organismus wenigstens eine Zeit lang erhalten können und das ergibt sich schon mit ziemlicher Sicherheit aus Zählungen der Blutkörperchen nach Experimenten, als auch aus *Ziemssen*'s therapeutischen Infusionen von Menschenblut.

Es scheint uns gerechtfertigt, aus den gemachten Erörterungen den Schluss zu ziehen, dass die Transfusion von Menschenblut bei Kohlendunstvergiftung versucht werden dürfe. Ob dieselbe aber nicht besser durch die Infusion nach *von Ziemssen* ersetzt werden könne, wird die nächste Zukunft lehren. Die durch den Kohlendunst herbeigeführte Narcose käme diesem etwas schmerzhaften, aber entschieden gefahrloseren Verfahren wohl zu Statten.

Kehren wir schliesslich noch einmal zu unserm Falle zurück. Die Krankengeschichte erzählt, dass die Menge des eingeführten Blutes blos ca. 110 grm. betrug, dass aber ein grosser Aderlass von ungefähr 800 grm. vorausgeschickt wurde. Diesem letztern Factor, nämlich der Grösse der Depletion, schreibe ich zum Theil das günstige Resultat zu. Wie ist aber die Aderlasswirkung zu erklären? Allgemein wurde an den Leichen der durch Kohlendunst Getödteten eine starke Blutüberfüllung der innern Organe constatirt. Dass

der Aderlass den Capillarkreislauf genannter Organe entlastet, ist einleuchtend, doch darf der Blutausfall, um wirksam zu sein, nicht unter eine gewisse Quote des Gesammtblutes hinabgehen; dies empfanden die alten Aerzte besonders bei der Behandlung der Pneumonie. Doch ist diese genannte Wirkung nicht der einzige Nutzen des Aderlasses, trotzdem er auch in unserm Falle in dieser Beziehung entschieden günstig gewirkt. Gewiss ist die Entfernung eines Theiles vom Gifte und von dessen schädlichen Producten ebenso wichtig. Es muss betont werden, dass das Kohlenoxyd die Blutkörperchen alterirt und deren Zerfall herbeiführt. Dadurch wird zur Fermentintoxication Anlass gegeben und es ist interessant, dass mit Leuchtgas vergiftete Thiere denselben Sectionsbefund aufwiesen, wie solche, die durch Injection von Fibrinferment zu Grunde gerichtet wurden; beide zeigten Gerinnungen und Ecchymosen.

Man könnte nun meinen, dass der Aderlass durch Entlastung der innern Organe einerseits und durch Entfernung von giftigen Substanzen andererseits allein lebensrettend gewirkt hätte und die Transfusion nicht in Betracht falle, zumal sie nicht gross war. Diesem Schlusse kann ich nicht beistimmen. Ich glaube, es war nützlich, dem vergifteten Organismus, der schon tagelang um seine Existenz gekämpft hatte, eine Portion gesunden Blutes einzuverleiben. Dass diese Menge nicht immer gross zu sein braucht, um dem Patienten über die Gefahr hinwegzuhelfen, ist gewiss einleuchtend, wenn man bedenkt, dass das Mehr oder Weniger des aufgenommenen Giftes, welches eben gerade den Tod bedingt oder das Leben fortexistiren lässt, nicht sehr bedeutend sein kann, und wenn man sich vergegenwärtigt, dass bei grösserer Depletion die Transfusionsquantität ceteris paribus um so kleiner zu sein braucht, um ein bestimmtes Verhältniss zwischen dem fremden und eigenen Blute des Blutempfängers herzustellen. Uebrigens verweise ich hier noch auf die von *Kühne* gemachten Versuche, wonach mit Kohlenoxyd vergiftete Thiere durch Transfusion wieder gerettet werden konnten, wenn der Aderlass kein Resultat erzielt hatte. Dr. *Siegfr. Stocker.*

Zürich. Die abschlägige **Antwort unseres h. Bundesrathes auf die bekannte Petition der Engadiner Hôteliers** ist nicht nur in schweizerischen Kreisen beifällig aufgenommen worden, sondern auch in England werden Stimmen laut, die vollständig den Beschluss unserer Behörde billigen.

Ein Artikel im „London (Evening) Standard“ vom 3. März, der mir von befreundeter Hand herübergesandt worden ist, lautet:

„Die Gasthofbesitzer des Engadins haben kürzlich, sowohl in ihrem eigenen Interesse, als in demjenigen der englischen Aerzte, welche sich in jenem glücklichen Landstriche niederzulassen pflegen, der Regierung ihres Cantons eine Petition eingereicht. Die betreffenden Aerzte müssen erst ein eidgenössisches Diplom erlangen, bevor sie ihre Kunst ausüben können, und sie haben zu diesem Zwecke eine formelle Prüfung in deutscher oder französischer Sprache zu bestehen. Indessen werden wenige, welche eine fremde Sprache selbst fliessend sprechen, die Probe einer Unterredung über technische Dinge gut bestehen können, wie jeder Leser selbst herausfinden würde, wollte er beispielsweise einen französischen Schreiner über die Einzelheiten seines Handwerks befragen. Jene Categorie von Aerzten wäre vielleicht dieser speciellen Forderung besser gewachsen, als andere, weil so manche derselben einen Theil ihrer Studien in Wien oder Paris durchmachen, aber selbst der Beste derselben würde wohl den Versuch (das Examen in deutscher oder französischer Sprache zu bestehen) scheuen. Deshalb haben die Gasthofbesitzer des Engadins gebeten, dass das Englische neben dem Französischen und Deutschen als Sprachmittel für die Examination der Candidaten erlaubt werde. Man wird kaum ernsthaft glauben, dass sie selbst auf Erfolg hofften, denn wenn die englische Sprache zugelassen würde, warum nicht gleichzeitig die russische? Denn es studiren in der Schweiz Hunderte letztgenannter Nationalität. Oder warum nicht auch Japanesisch oder Bengali, in welchen beiden Sprachen ja auch an medicinischen Schulen gelehrt wird? Aber die betreffenden eidgenössischen Organe sprechen eben nicht mehr Sprachen als andere Menschenkinder. Und noch etwas: Würde England je zugeben, dass hier schweizerische Aerzte in ihrer Landessprache geprüft würden? Wenn nicht, so wäre es doppelt ungerecht, den Britten dieses Privilegium zu gewähren, erstens weil es nicht gegenseitig wäre, und zweitens weil jene Fremden, die im Engadin practiciren, den Schweizer-Aerzten ihr

Brod wegnehmen. Aus diesen Gründen lehnt der schweiz. Bundesrath jene Petition mit Nachdruck ab. Die Mitglieder des Bundesrathes flüstern wahrscheinlich einander zu, „dass es ganz englischer Anmassung gleichsehe, so etwas überhaupt verlangt zu haben."

Sigg.

Wochenbericht.

Schweiz.

II. schweizerischer Aerztetag Samstag den 26. Mai in Lausanne.

Am Vorabend: Einladung zur Sitzung der Société vaudoise de médecine.

Am 26. Mai: 8—10½ Uhr Demonstrationen in den Hospitälern. Nachher Frühschoppen; 11½ Uhr Hauptsitzung.

Am 27. Mai: event. bei schöner Witterung gemeinschaftliche Fahrt nach Montreux.

Detaillirteres später. Dr. *Haffter.*

PS. Bitte um Beantwortung des an die verschiedenen ärztlichen Vereine abgeschickten Circulars.

— **Eidgenössische Medicinalprüfungen.** Im I. Quartal 1888 haben das medicinische Fachexamen bestanden und das Diplom zur Ausübung des ärztlichen Berufes in der Schweiz erhalten:

In Zürich. *Otto Fiertz* von Riesbach (Zürich), *Louis Frank* von Memmelsdorf (Bayern), *Jakob Hitz* von Seewis (Graubünden), *Ernst Meyer* von Zürich, *Jules Mennet* von Zürich, *Ernst Rehfeld* von Ruhrort (Preussen), *Eduard Schmidt* von Filisur (Graubünden), *Eduard Studer* von Unterschlatt (Thurgau), *Arnold Schweizer* von Zürich.

In Bern. *Arthur Vogelsang* von Solothurn, *Robert Spirig* von Widnau (St. Gallen), *Emil Keller* von Zürich.

Ausland.

— Das definitive Programm der vom 13. bis 16. September 1888 in Frankfurt a./M. stattfindenden **Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege** lautet:

Donnerstag den 13. September. I. Massregeln zur Erreichung gesunden Wohnens. Referenten: Oberbürgermeister Dr. *Miquel* in Frankfurt a. M., Oberbaurath Prof. *Baumeister* in Carlsruhe. II. Oertliche Lage der Fabriken in den Städten. In wie weit hat sich ein Bedürfniss herausgestellt, von der Bestimmung des § 23 Abs. 3 der Deutschen Gewerbeordnung Gebrauch zu machen? Referenten: Sanitätsrath Dr. *Lent* in Köln, Stadtrath *Hendel* in Dresden.

Freitag den 14. September. III. Welche Erfahrungen sind mit den in den letzten Jahren errichteten Klärvorrichtungen städtischer Abwässer gemacht worden? Referenten: Stadtbaurath *Lindley* in Frankfurt a. M., Gas- und Wasserwerkdirector *Winter* in Wiesbaden, Stadtbaumeister *Wiebe* in Essen a. R., Stadtbaurath *Lohausen* in Halle a. S. Am Nachmittag: Besichtigung der Frankfurter Klärbeckenanlage und Grundwasserleitung, sowie der neuen Hafen- und Schleusen-Anlagen.

Samstag den 15. September. IV. Welchen Einfluss hat die heutige Gesundheitslehre, besonders die neuere Auffassung des Wesens und der Verbreitung der Infectionskrankheiten auf Bau, Einrichtung und Lage der Krankenhäuser? Referent: Krankenhausdirector Dr. *Curschmann* in Hamburg. V. Strassenbefestigung und Strassenreinigung. Referenten: Regierungs- und Stadtbaumeister *Heuser* in Aachen, Dr. *R. Blasius* in Braunschweig. Am Nachmittag: Besuch von Bad Homburg.

Sonntag den 16. September. Am Vormittag: Besichtigung der Klärbeckenanlage zu Wiesbaden. Am Nachmittag: Gemeinsamer Besuch des Niederwalddenkmals.

— **Preisausschreibung.** Für die beste Arbeit über „Diagnose und Behandlung der Extrauterinschwangerschaft" ist auf Grund einer von W. F. Jenks hinterlassenen Stiftung vom College of physicians of Philadelphia U. S. A. ein Preis von 1250 Fr. ausgesetzt. Die Arbeit muss in englischer Sprache bis zum 1. Januar 1889 obgenanntem Collegium eingeliefert werden.

— **Lipanin — ein Ersatzmittel für Leberthran.** Der Leberthran zählt zu den wenigen Heilmitteln, die während 50 Jahren beständig im Gebrauch geblieben sind. Dieser

Umstand spricht schon dafür, dass wir in ihm ein werthvolles therapeutisches Agens besitzen.

Er nimmt unter den Fetten eine Sonderstellung ein und hebt bei verschiedenen chronischen Leiden (wie Scrophulose, Rachitis, Diabetes u. s. w.) den Zustand der Ernährung vortrefflich. Die günstige Wirkung war man im Beginn geneigt seinem Jodgehalt zuzuschreiben. Die Quantität von 0,04% ist aber zu unbedeutend. Ebenso wenig bestätigte sich die Ansicht, dass der Leberthran nur als Fett wirke. *Berthé* stellte Versuche mit verschiedenen Fetten an, und fand, dass Mandel-, Mohn- und Olivenöl schwer verdaulich, Butter und weisser Leberthran verdaulich, b r a u n e r Leberthran aber sehr leicht verdaulich sei. *Buchheim* endlich hat die richtige Erklärung für die leichte Verdaulichkeit des Leberthrans gefunden. Er wies darauf hin, dass der Leberthran sich vor den übrigen fetten Oelen durch seinen grossen Gehalt an freien Fettsäuren auszeichne. Die Menge derselben beträgt bei der dunkleren Sorte 5%. Diese freien Fettsäuren sind es, welche nach der Ansicht der meisten Pharmacologen die leichte Resorbirbarkeit und hierdurch den therapeutischen Werth des Leberthrans bedingen. Im Darm werden seine Fettsäuren sogleich, ohne Mitwirkung des Pancreassaftes in Seifen übergeführt, letztere emulgiren das übrige Fett und begünstigen die Resorption desselben.

Da die Emulgirbarkeit der Fette von grösster Wichtigkeit für deren Verdaulichkeit ist und, wie *Fr. Hofmann* gezeigt hat, Fette mit einem Säuregrad von 0,6 und mehr Schwefelsäure, entsprechend 4,8% Oelsäure die schönste Emulsion geben, untersuchte *v. Mering* zunächst die verschiedensten Leberthransorten auf die Menge der freien Säuren. Diese schwankte zwischen 0,18% und 6,5% Oelsäure. Dabei enthielten die ganz hell gefärbten Sorten von Leberthran (Dampfthran) nicht über 1%, während die dunkel gefärbten Sorten (die madeirafarbigen) stets die höhern Procente von Oelsäure enthalten. Damit stimmt auch die Beobachtung, dass der dunkle Leberthran bedeutend leichter verdaut wird (in den Fæces geht weniger Fett ab) und dass auch die therapeutische Wirksamkeit anerkanntermaassen eine höhere ist.

Die Ursache des höhern Gehaltes an Oelsäure bei den dunkeln Sorten soll daher rühren, dass zur Herstellung Lebern benützt werden, welche nicht mehr frisch sind, in denen also die Fäulniss durch Spaltung der Fette freie Fettsäuren entstehen liess. Daher riecht und schmeckt aber auch der dunkle Leberthran bedeutend widerwärtiger als der gereinigte weisse Thran, der leider einzig seines bessern Geschmackes halber immer noch bevorzugt wird.

v. Mering — dessen Arbeit wir diese Notizen entnehmen (Therap. Monatshefte 1888) — liess es sich angelegen sein, „ein Ersatzmittel für Leberthran herzustellen, welches vor jenem bezüglich des Geschmackes und der Verdaulichkeit den Vorzug verdiene." Verschiedene Versuche führten ihn zu einer Mischung von feinem Olivenöl mit 5—6% reiner Oelsäure, das gern genommen wird, angenehm schmeckt und vortrefflich verdaut wird. Der Firma Kahlbaum in Berlin (Schlesische Strasse) gelang es auf *v. Mering*'s Veranlassung durch partielle Verseifung des Olivenöls dieser Mischung ein Ersatzmittel für Leberthran herzustellen — das unter dem Namen L i p a n i n (*λιπείνειν* mästen) in den Handel gebracht wird.

Dieses Präparat emulgirt sich leicht, wird gut resorbirt und schmeckt angenehm. Es kann wochen- und monatelang in grossen Gaben genommen werden, ohne dass Störungen der Verdauung eintreten und ohne dass das Mittel mit dem Stuhlgang wieder abgeht.

v. M. verfügt über eine Beobachtungsreihe von 40 Patienten, wovon 30 Kinder. Alle ertrugen das Mittel vorzüglich; unangenehme Nebenerscheinungen, wie Uebelkeit, Erbrechen oder Durchfall wurden nicht beobachtet. Es handelte sich meist um Scrophulose und Rachitis — bei sämmtlichen stieg das Körpergewicht bei täglichen Gaben von 1—4 Theelöffel während 6—12 Wochen, und das Allgemeinbefinden besserte sich. Auch während der warmen Jahreszeit wird das Mittel ertragen. — Weitere Versuche, ebenfalls mit befriedigendem Erfolge, wurden von Prof. *Kohts* in Strassburg gemacht.

— **Desinfection von Absonderungsspitälern.** In Paris hat man es kühn unternommen, die Baracken des Hôpital Saint-Louis, die während 8 Jahren beständig mit Variola, Scarlatina und Erysipel belegt waren, in einen Raum für chirurgisch Kranke umzuwandeln. *Championnière* berichtet nun nach 5monatlicher Thätigkeit über die Resultate, die sich durchaus mit den besten messen können. Die primäre Wundheilung war im All-

gemeinen tadellos und — was die Hauptsache ist — es kam kein Fall von Spitalinfection weder mit Variola noch Erysipel vor. Wenn man ferner vernimmt, dass für die Umänderungen (Anstreichen, Reinigen etc) nicht mehr als 2000 Fr. ausgegeben wurden, so muss doch die Hauptsache dieses guten Erfolges der Desinfection der Räume zugeschrieben werden.

Championnière liess diese folgendermaassen durchführen. Die Fussböden und die Saalwände wurden mit 5°/₀ Chlorzink abgewaschen. Sodann wurde in den mit Wasserdampf durchfeuchteten Räumen Schwefel (30 gr. auf 1 Cubikmeter) verbrannt, worauf Fenster und Thüren während 3 Tagen fest verschlossen blieben. Die Oefen wurden neu aufgesetzt, Tuchfetzen, Watte, Holz etc., das in und um die Baracken herumlag, wurde verbrannt. Es wurde überhaupt nicht abgestaubt und abgewischt, sondern alles Erreichbare in den Krankensälen (selbstverständlich auch die Wärterzimmer) abgewaschen, und hierauf die Zimmer gründlich gelüftet.

Seine 181 Operationen (worunter ansehnliche) ergaben, wie gesagt, durchaus befriedigende Resultate mit Hinsicht auf die Wundheilung.

Ch. schliesst daran — doch etwas zu allgemein gehalten — die Lehre, dass man die Prophylaxe der Infectionskrankheiten nicht in erster Linie in bizarren Neubauten, in problematischen Isolirabtheilungen und in besondern Reglementen und Vorschriften zu suchen brauche.

— **Behandlung von Schwielen und Warzen.** Nach Versuchen von Dr. *Roesen* empfiehlt Prof. *Nussbaum* die Application von Ac. salicyl. cryst. — dessen keratolytische Wirkung, combinirt mit feuchtem Verbande, vorzügliche Erfolge sichert, so dass wir den HH. Collegen deren Nachprüfung empfehlen möchten.

Das zu entfernende Gebilde wird mit einer aseptischen Lösung (Bor- oder Salicylsäure) etwas befeuchtet, dann mit einer ca. $^1/_2$ cm. dicken Lage reiner krystallinischer Salicylsäure bedeckt; darauf als reizlosestes Verbandmittel Borlint in vierfacher Lage, und darüber ein Stück Guttapercha, das den Verband nach allen Seiten gehörig abschliesst.

Dieser Verband bleibt fünf Tage liegen bei nicht zu grossen Hühneraugen und Schwielen, bei grössern 10 Tage, oder derselbe kann nach fünf Tagen erneuert werden. Nach Abnahme des Verbandes findet man das Gebilde etwas geschrumpft und vollständig von seiner Unterlage abgehoben, darunter eine ganz unverletzte, nicht etwa angeätzte feine Haut, die nirgends eine Spur von Blutung zeigt.

Stand der Infections-Krankheiten.

		Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperalfieber	Parotitis	Ophthalmoblennorrhœa	Variola
Zürich u. Aussengem.	18. III.-24. III.	5	2	—	9	2	6	3	—	—	—	—
	25. III.-31. III.	2	—	—	18	3	6	3	—	—	—	—
	1. IV.- 7. IV.	1	—	—	2	—	6	—	1	—	—	—
Bern	18. III.-24. III.	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
	25. III.-31. III.	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Basel	26. III.-10. IV.	65	—	7	2	2	24	4	1	5	1	—

In Zürich fehlt in der ersten Aprilwoche Fluntern.

In Basel sind von den Scharlachfällen 30 in Kleinbasel, 17 auf dem Südostplateau, 10 auf dem Nordwestplateau, 8 im Birsigthale. Von den erkrankten Kindern besuchen keine Schule 36; erwachsen sind 7.

Briefkasten.

Major Dr. *Fröhlich:* Besten Dank. — Dr. *Cramer*, Biel: Danke für Mittheilung, vide pag. 92 ff. dieses Jahrganges. Die Sublimattabletten haben sich bei den practischen Aerzten schon ausserordentlich eingebürgert. — *X. Y.* in Z.: Bitte um's Himmelswillen deutlichere Schrift und weniger zerfliessliche Tinte. — Dr. *Garrè*, Tübingen: Besten Gruss und Dank für Beiträge zum W.-B. Bitte um Fortsetzung.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats.
Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 12. — für die Schweiz, Fr. 14. 50 für das Ausland. Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. E. Haffter
in Frauenfeld.

N°. 9. XVIII. Jahrg. 1888. 1. Mai.

Original-Arbeiten.

Varicellen bei Erwachsenen.

Von Dr. **Johannes Seitz** in Zürich.

Die wichtigsten Punkte in der Lehre von den Varicellen möchten gegenwärtig sein: der Nachweis der zu Grunde liegenden Pilzart; die Klarlegung aller Veränderungen innerer Organe bei dieser Krankheit; die endgültige Niederlage der Vertreter der Einheit von Varicellen und Variola; die Entscheidung über das angeblich nur auf Kinder beschränkte Vorkommen der „Windpocken“.

Nach dem Varicellenpilz ist schon mehrfach gesucht, doch seine Existenz bislang noch nicht durch Züchtung und Erzeugung der Krankheit bewiesen worden.

Die Erkennung einer Nephritis varicellosa ist ein interessanter Fortschritt.

Dass Varicellen und Variola zwei im Grunde durchaus verschiedene Krankheiten seien, wird jetzt von der weitaus überwiegenden Zahl der Aerzte als feststehende Wahrheit anerkannt. Ich stehe auf dieser Seite und halte es für überflüssig, das Beweismaterial hier auch nur andeutungsweise herbeizuziehen. Es sei einzig hingewiesen auf die Arbeit von *Baader* in dieser Zeitschrift (1880, Bd. X, Nr. 19, 20) eine der besten von den überhaupt erschienenen, welche diese Streitfrage erledigten. Die gewichtigen Stimmen, welche sich dagegen noch jetzt erheben, sind fast Allen unbegreiflich, es sei denn, dass man sie als die übelangebrachte Huldigung auffasst, welche ergebene Schüler auch dem Irrthume eines grossen Meisters zollen zu müssen glauben.

Noch viel einstimmiger als in der Ablehnung der Einheit von Varicellen und Variola ist aber das allgemeine Urtheil in der Behauptung: Varicellen bei Erwachsenen kommen nicht vor; die Diagnose war jedes Mal ein Fehler; es wurde



leichte Variola Erwachsener für Varicellen gehalten. Wer das Vorkommen noch zugeben will, spricht davon mehr als von einer unverbürgten Sage, als dass er selber dafür eintritt.

Ich möchte dagegen aber behaupten:

Varicellen bei Erwachsenen kommen in practisch bedeutungsvoller Weise vor.

Die Wichtigkeit der Sache, das Beweisverfahren und die nebenbei zu gewinnenden Ergebnisse erfordern, des Nähern anzugeben, wie ich dazu kam, diese Ueberzeugung auszusprechen, meinen Beobachtungen ein grösseres Gewicht beizulegen und dieselben öffentlicher Erörterung zu unterbreiten.

I.

Die Zürcher Pockenepidemie in den Jahren 1870—71 hatte mir die Gelegenheit gegeben zum eingehenderen Studium der Seuche. Als der Assistent der Klinik war ich für die 355 Kranken des Absonderungshauses der behandelnde Arzt und stand mit den 163 Fällen der Baracke beim Absonderungshaus — einen hieher gehörigen Fall aus jener Zeit werde ich später anführen — in beständigen Beziehungen. Die Bedeutung der Diagnose „Pocken“ zeigte sich so zu bleibender Erinnerung in ihrem vollen Ernste. Nicht am wenigsten lebhaft trat seither in jedem einschlagenden Falle die Frage hervor: „wird die Unterscheidung von Variola und Windpocken auch immer glücklich gelingen?“

Nun, es hat sich das bekannte typische Bild der Kindervaricellen in der Praxis immer deutlicher herausgehoben, und nie ein Anlass sich ergeben, an der allgemeinen Lehre zu zweifeln, dass Varicellen blos bei Kindern vorkommen.

Um so überraschender und eindrucksvoller wirkte eine Reihe von Fällen, welche auf einmal in Beobachtung kam und klar legte, dass doch noch eine Entscheidung darüber nöthig sei: ist mit den Varicellen der Erwachsenen nicht ebenfalls ernsthaft zu rechnen?

Anfangs Januar 1885 ward ich als der Hausarzt in die Familie eines Bankbeamten gerufen und sah da folgende Fälle:

Fall I. Bankbeamter. Vater. 47 Jahre alt.

Im Ganzen immer gesund.

1. Tag (7. Januar). Abends Frieren und Unbehagen, Nachts Unruhe.

2. Tag (8. Januar). Am Tage etwas besser, Nachts noch mehr Fieber und noch mehr Unruhe.

3. Tag (9. Januar). Abends Anfang von Ausschlag.

4. Tag (10. Januar). Abends Eintritt in Behandlung. Ausschlag, deutlich ganz wie Varicellen, am ganzen Leibe, an Kopfhaut, Rumpf, Extremitäten; zerstreut; meistens kleine Bläschen, etwas juckend, einzelne schon abgestossen. Ganz typisches Bild von Windpocken.

Der Kranke hatte mich empfangen mit der Bemerkung: er habe Schafpocken. „Schafpocken bei Erwachsenen? Das kommt nicht vor!“ habe ich natürlich geantwortet, und doch war ich durch die Untersuchung gezwungen zu obigen Notizen. Ich hielt indess die Diagnose noch durchaus nicht für gesichert.

Patient meldete auch: er habe das Gleiche schon in seinem 27. Jahre in Liverpool gehabt. Wenig Fieber, ziemliches Jucken, Bläschen besonders im Gesichte. Der Arzt war einer der ersten der Stadt, interessirte sich für den Fall als besondere Seltenheit ausserordentlich und bezeichnete das Leiden ganz bestimmt als Varicellen gegenüber der Furcht seiner Hausleute, es wären die wahren Pocken. Pat. blieb damals zu Hause, mit seinen

Hausleuten in stetem Verkehr. Nur seine Freunde stellten ihre Besuche ein. Niemand erkrankte des Weiteren. Es waren auch sonst keine Pocken in der Stadt. Jetzt sind keine Spuren jenes Ausschlages mehr aufzufinden.

5. Tag (11. Januar). Schon Vergehen der kleinen Bläschen-Pustelchen. Die Vermuthung, es werde entsprechend dem Gesetze, dass bei Erwachsenen Windpocken nicht vorkommen, trotz dem vollständigen Varicellenbilde hier doch Variola vorliegen, wird in sehr unerwarteter Weise widerlegt. Denn zwei Kinder des Herrn haben in durchaus typischer Weise heute auch Varicellen, nachdem gestern die ersten Spuren derselben sich eingestellt hatten.

7. Tag (13. Januar). Schon volles Zurückgehen. Nur noch kleine Spuren. Heilung.

Fall II. Das 6jährige Mädchen Ida.

1. Tag (10. Januar). Wohlsein. Beim Besuche des Vaters wird Unwohlsein der Kinder noch ganz in Abrede gestellt. Aber Nachts beim Abziehen sieht man Flecken.

2. Tag (11. Januar). Eintritt in Behandlung. Es sind auch Varicellen, und auch sehr typisch, am Leibe zerstreut. Auch schon verschiedene Formen.

4. Tag (13. Januar). Varicellen in voller Rückbildung.

Fall III. Das $1\frac{1}{4}$jährige Mädchen Clara.

1. Tag (10. Januar). Immer Wohlsein. Abends erst beim Ausziehen entdeckt man einen Ausschlag.

2. Tag (11. Januar). Eintritt in Behandlung. Schöne typische Varicellen, nicht stark, keine Störung des Allgemeinbefindens.

4. Tag (13. Januar). Schon vertrocknend und in Heilung. — Januar 1884 geimpft.

Offenbar hatte eine Familienansteckung stattgefunden und beim Vater — er hatte seine Familie nie verlassen — war der Ausschlag einen Tag früher ausgebrochen als bei seinen Kindern. Von wem ging die Ansteckung aus?

Fall IV. Magd.

Sie war die vermuthliche Bringerin des Giftes, um so mehr als die Leute an ihr auch einen Ausschlag wollten bemerkt haben. Es war aber nur ein Lichen pilaris vorhanden, nicht die geringsten Zeichen für überstandene Variola oder Varicellen.

Also musste eine andere Quelle des Giftes gesucht werden. In allen Richtungen waren die Nachforschungen erfolglos, und irgend ein Zusammenhang mit Pocken liess sich durchaus nicht finden. Einzig aus folgender Reihe ergab sich später eine Aufklärung.

Im Bureau des Bankbeamten arbeitet ein Fräulein als Gehülfin. Dieses litt im December 1884 an einem Ausschlage und hatte denselben wahrscheinlich erworben in Familien, wo die Kinder an Varicellen krank gewesen, und mit denen das Fräulein in innigem Verkehr gestanden hatte. Das Fräulein wohnte in der Familie einer Wittwe. Der behandelnde Arzt, Dr. *H. Müller*, hatte die Freundlichkeit, über die Ereignisse in derselben auf meine Fragen Folgendes zu antworten:

Fall V. Das $5\frac{1}{2}$ Jahre alte Mädchen Julie.

Es ist Schülerin des Kindergartens zur Predigerkirche und erkrankte zuerst, am 24. November 1884. Man bemerkte auf einmal einen Ausschlag und wegen desselben wurde der Arzt geholt.

Fall VI. Der $3\frac{1}{4}$ Jahre alte Knabe Heinrich.

Erkrankte den 29. November.

Fall VII. Der 7 Jahre alte Knabe Karl.

Er ist Schüler des Wolfbachschulhauses, geimpft, erkrankte ebenfalls am 29. November.

Bei Allen handelte es sich um sehr leichte Varicellen mit so geringem Ergriffensein des Allgemeinbefindens, dass gar keine Bettruhe und keine Behandlung nöthig war.

Von den drei Kindern ist nur das älteste geimpft. Variola konnte nicht in Frage kommen.



Sehr wichtig sind nun die Verhältnisse des Fräuleins Bankgehülfin, das in dieser Familie wohnte und offenbar die Ueberträgerin der Krankheit geworden ist. Sie hat in sehr gefälliger Weise mir schriftlich und mündlich über alle Punkte Auskunft gegeben.

Fall VIII. Fräulein Elise, 21 Jahre alt.

Vierzehn Tage nach dem ersten Kinde wurde sie krank. Sie fühlte Abends, also etwa am 8. December, Abgeschlagenheit der Glieder und Müdigkeit so stark, dass sie glaubte, schwer krank zu werden. Ob sie damals Rückenschmerzen und Kopfweh gehabt habe, weiss sie nicht mehr. Sie erinnert sich nicht an starkes Hitzegefühl. Diese Erscheinungen starken Unwohlseins währten blos an jenem Abend.

Am nächsten Morgen, 9. December, Jucken der Haut. Sie dachte, es werde ein Nesselfieber oder Friesel entstehen. Blos an Hals und Gesicht waren ein paar Bläschen und in der linken Hand. Es war nicht einmal ein Dutzend. Alle Bläschen waren ganz wässerig, gar nicht eiterig.

Das Jucken dauerte zwei Tage lang. Etwa 3—4 Tage lang blieben die Bläschen. Dann bildeten sich Krüstchen. Es wurde kein Arzt berathen, da der Fall zu unbedeutend war.

Das Fräulein ist als Kind, vor 20 Jahren, geimpft worden, seither nicht mehr. Alle Nachforschungen nach irgend einem Zusammentreffen mit Pockengift ergaben nur Negatives.

Auf der Bank ist ihr Vorgesetzter, der oben genannte Herr, mit zwei andern Herren in einem Zimmer, sie haben keinen Verkehr mit dem Publicum. Das Fräulein hat sein Zimmer ganz allein, aber sehr viel Verkehr mit ihrem Vorgesetzten. Mit andern Bureaux der Bank hat sie keine Verbindungen. Ueberhaupt sind Geschäft und die Familie, wo sie wohnt, und Verwandte ihr einziger Umgang.

Zur Zeit ihres Ausschlages hat sie auf ihrem Bureau nie gefehlt, die Besuche bei ihren Verwandten dann aber abgebrochen.

Als sie später in meine Beobachtung kam, war nirgends mehr eine Spur von Ausschlag vorhanden.

Alles spricht dafür, dass das Fräulein Varicellen gehabt hat. Nichts spricht für Pocken oder irgend eine andere Krankheit.

Hingegen ist noch ein weiterer Umstand in's Auge zu fassen. Es waren auch die Nichten des Fräuleins, in einer andern Gasse wohnend, an Varicellen krank.

Fall IX. Nichte von 5 Jahren.

Fall X. Nichte von 9 Jahren.

Beide hatten ihren Varicellenausschlag zu Weihnachten 1884. Beide waren geimpft. Zur Zeit, da ihr eigener Ausschlag stark war, besuchte das Fräulein diese Kinder nicht, sonst aber war sie alle Wochen ein paar Male im Hause. Man nahm an, dass die Kinder die Varicellen in der Schule geholt hätten. Andere Kinder oder Erwachsene in diesem Hause waren nicht krank. Von irgend einem Zusammenhang mit Variola keine Spur.

Gehen wir jetzt an die Beurtheilung der ganzen Gruppe. Dass die Fälle je in einer Familie zusammengehören, ist durchaus nicht zu bezweifeln. Dass die Fälle in allen drei Familien zusammengehören, ist im höchsten Grade wahrscheinlich. Dass es Pocken gewesen, ist gewiss abzuweisen. Die Diagnose muss auf Varicellen gestellt werden.

Es sollten neun Pockenfälle, so zu sagen in freiestem Verkehr mit aller Welt gewesen — und keine einzige Uebertragung des Giftes von ihnen ausgegangen sein? Das ist schon beweisend. Die Erscheinungen lassen sich jedenfalls nicht zum Bilde der Pocken stempeln. Es hätte wenigstens ein Fall das typische Bild der Variola bieten müssen.

Für uns kommen blos die zwei Erwachsenen, das Fräulein Elise, 21 Jahre alt, und der Bankbeamte, 47 Jahre alt, in näheren Betracht.

Der Herr überzeugte durch das Aussehen des Ausschlages unwillkürlich zur Diagnose Varicellen. Ich will gerne zugeben, dass im Augenblick mir die hohe Bedeutung der Streitfrage nicht so eindringlich klar vorlag wie jetzt, dass daher die Kritik nicht so sorgfältig in alle Details einging. Aber für ganz werthlos — wenn auch eigentlich erst die Kindervaricellen am nächsten Tage den Ausschlag gaben — halte ich es doch nicht, dass mein anfängliches Widerstreben gegen die Diagnose Varicellen so bald überwunden wurde.

Ich gedachte schon, aus dem angeblichen dreitägigen Fieber des Herrn — vielleicht war es auch mehr Jucken und Unruhe als Hitze — einen Einwand gegen mich selber schaffen zu können. Aber Nachschau in meinen Temperaturtabellen gab mir unter andern sofort aus der gleichen Familie, eines Ingenieurs, drei Kinderfälle mit prodromalem Varicellenfieber. Diese setze ich, da auch solches bestritten ist, gleich hierher.

Fall XI. Mädchen Martha, 6 Jahre alt.
2. Januar. 37,6° Abends. Alles sind Aftermessungen.
3. Januar. Mittags 39,5°. Abends 40,2. P. 132.
4. Januar. 38,2; 40,0; 39,8; P. 112. Morgen-, Mittag- und Abendmessung.
5. Januar. 38,0; 38,4. Varicellenausschlag. Morgen- und Abendmessungen.
6. Januar. 39,0; 39,7. Varicellen recht reichlich vortretend.
7. Januar. 38,0; 37,8. Sehr starker Ausschlag.
8. Januar. 37,0; 37,4. Abnahme des Ausschlages.
11. Januar. Reste der Varicellen.

Fall XII. Knabe Oscar, 17 Monate alt.
2. Januar. 38,6°. Abends und Aftermessungen.
3. Januar. 38,6.
4. Januar. 39,6.
5. Januar. 39,0. Beginn von rothen Flecken am Rumpfe. Varicellen gewiss ankommend.
6. Januar. 39,0. Ausschlag zunehmend.
7. Januar. 40,0. Immer noch Steigerung des Exanthems.
8. Januar. 39,0. 9. Januar. 38,0. 10. Januar. 38,0. 11. Januar. 37,6. Damit auch Rückgang des Ausschlages.

Fall XIII. Mädchen Frieda, 5 Jahre alt.
Hatte die Varicellen in's Haus gebracht, war 14 Tage früher krank.
21. December. Unwohlsein, 38,8°.
22. December. Wohlsein.
23. December. Wohlsein. Beginn von Ausschlag. Mittags beim Besuch typische Varicellen; grosse Zahl zum Theil erst keimende Bläschen; viele noch rothe Herde; stellenweise schon eingetrocknet. Rachen frei. Allgemeinbefinden gut.

Diese Fälle zeigen also, dass auch bei Varicellen lebhaftes Fieber dem Ausschlage vorausgehen kann bei Kindern — bei Erwachsenen dürfte das auch möglich sein.

Möchte man auf Grund der Impfverhältnisse Einwände erheben, so sind auch diese zu entkräftigen.

In der zuerst kranken Familie der Wittwe war nur der 7jährige Knabe geimpft, die $3^1/_2$ und $5^1/_2$ Jahre alten Kinder ungeimpft. Und das Fräulein sollte die Pocken gehabt und dieselben bei so innigem Verkehre nicht inficirt haben? Oder

wenn man die Kinder auf das Fräulein Pocken übertragen lassen wollte, so kommt man auf so leichte Erkrankung Ungeimpfter, dass es auch nicht stimmt.

Das Fräulein war seit 20 Jahren nicht mehr geimpft, die zwei Kinder gar nicht — und alle haben in ganz gleicher Weise an leichtesten Pocken gelitten? — ist auch unannehmbar.

Die beiden Nichten waren blos höchstens 5 und 9 Jahre von ihrer Impfung entfernt — und sollten jetzt wieder Pocken bekommen haben?

In der Familie des Bankbeamten war das $^1/_4$ Jahr alte Kind Clara am 26. Januar 1884 mit vollkommenem Erfolge geimpft worden. Es sollte nun am 11. Januar 1885 die Pocken gehabt haben? Gewiss nicht.

Die vollständige Uebereinstimmung der Krankheitsbilder passt auch hier nicht auf Pocken, wenn wir diese so ungleich weit von der Impfung entfernten Fälle vergleichen.

Also zuerst das $^5/_4$jährige, vor einem Jahre geimpfte Kind.

Dann die Schwester Ida, 6 Jahre alt. Sie war im ersten Lebensjahr geimpft worden mit vollständigem Erfolge, zeigte Impfnarben; bei der Wiederimpfung am 23. April 1885 kein Erfolg.

Der Vater war als Kind mit Erfolg geimpft worden. Narben. Wiederimpfung im zehnten Jahre; Erfolg unbekannt. Im 27. Jahre die schon erwähnten Windpocken in England. Wiederimpfung am 23. April 1885. Kein Erfolg.

Will man aus diesen Nichterfolgen der Revaccinationen auf vorausgegangene Pocken schliessen, so ist dagegen zu erinnern: Es wurden am 23. April 1885 auch die Mutter und der 9 Jahre alte Knabe Theodor revaccinirt, beide, die doch im Januar gesund geblieben waren, ebenfalls ohne Erfolg.

Da kommt man also mit den Pocken nicht durch. Alles stimmt nur, wenn man die folgende Reihe von Varicellendiagnosen aufstellt:

7.—10. November 1884 ungefähr: Aus der Kleinkinderschule schleppt das $5^1/_2$ Jahre alte Mädchen Julie die Varicellenpilze nach Hause und im Laufe der nächsten fünf Tage, noch bevor es selber Krankheitserscheinungen bot, überträgt es den Infectionsstoff auf die Geschwister Heinrich und Karl. Diese Uebertragung der Krankheit vom noch Gesunden aus ist besonders hervorzuheben.

24. November. Varicellenausschlag bei Mädchen Julie. Und jetzt, mit dem Exanthem behaftet, gibt es Pilze an Fräulein Elise ab.

29. November. Varicellenausschlag beim Knaben Heinrich.

29. November. Varicellenausschlag beim Knaben Karl.

11. December. Varicellenausschlag bei Fräulein Elise. Könnte nicht doch von ihr aus eine Uebertragung auf die Nichten die letzten Tage oder jetzt stattgefunden haben?

8.—11. December. Wahrscheinlich tragen die Nichten von Fräulein Elise die Varicellenpilze von der Schule nach Hause — oder empfangen sie von Fräulein Elise.

25. December. Varicellenausschlag bei den beiden Nichten.

Hier kommt nun ein etwas dunkler Punkt. Das Fräulein Elise hat den Bankbeamten nicht direct mit ihren eigenen Varicellen inficirt. Das ergäbe eine zu

lange Incubationszeit, von Ausschlag zu Ausschlag 30 Tage. Sie hat an den Weihnachtstagen bei ihren Nichten Pilze aufgenommen und dann ihrem Vorgesetzten übertragen. Natürlich wäre Ansteckung von der Kranken aus direct einleuchtender. Will die Uebertragung von den Kleidern des Fräuleins aus nicht belieben, so müsste für die Familie des Bankbeamten eine besondere Infection aus neuer Quelle in den Weihnachtsfeiertagen angenommen werden. Eine solche liess sich trotz wiederholter und sorgfältigster Nachforschung aber durchaus nicht ausfindig machen. Also dürfen wir unsere Reihe in folgender Weise fortsetzen.

24.—27. December nimmt Fräulein Elise Varicellenpilze auf bei ihren Nichten und überträgt sie auf den Bankbeamten. Dieser trägt sie nach Hause und gibt solche seinen Kindern ab.

10. Januar 1885. Varicellenausschlag beim Bankbeamten.

11. Januar. Varicellenausschlag bei Ida.

11. Januar. Varicellenausschlag bei Clara.

Es wird sich gegen diese Auffassung kaum gegründeter Einwand erheben lassen. Wäre das auch möglich, so wäre mein eigentlicher Beweisfall, der folgen wird, dadurch nicht im geringsten erschüttert. Der Fall des Bankbeamten ist jedenfalls so weit bedeutend, dass er die Fragen angeregt hatte: gibt es denn doch Varicellen bei Erwachsenen? wie ist die Diagnose zu sichern? wie hat man sich zu verhalten, wenn man nicht Variola, sondern Varicellen bei einem Erwachsenen vor sich zu haben glaubt?

Für mich war damals die Sache — abgesehen davon, dass die Kindervaricellen denn doch eine Entscheidung gegeben hatten — noch sehr zweifelhaft. Die Beobachtung war eben so rasch gleichsam vorbeigehuscht, dass sie eher Verblüffung denn Belehrung hinterliess und das Gefühl, als sich nirgends schlimme Folgen zeigten, ich sei einer Gefahr glücklich entronnen.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Begriffsbestimmung und Therapie der Neurasthenie.

Von Dr. **R. Wagner**, Curarzt am Giessbach.

(Schluss.)

II.

Für die Therapie der Neurasthenie ist gerade die Auffassung dieses Krankheitsbegriffes von einem allgemein pathologischen Standpuncte aus von maassgebender Bedeutung. Wenn wir uns diesen Krankheitszustand stricte als eine meist aus relativer Ueberanstrengung hervorgegangene, mehr oder weniger hartnäckig andauernde Erschöpfung und Insufficienz des Nervensystemes im Allgemeinen, und des Gehirns im Besondern, vorstellen, wenn wir die höher entwickelten, umschriebenen Krankheitsbilder der Hysterie, Hypochondrie, Manie etc. von dem Begriffe der Neurasthenie loslösen, dann erst tritt die Wichtigkeit einer prophylactischen und causalen Therapie der Neurasthenie in ihr volles Licht. Auch hier gilt vor Allem der Grundsatz: principiis obsta!

Durch vernünftige naturgemässe Erziehung kann von Jugend auf schon Vieles

gethan werden, um die Entwicklung der Nervosität zu verhüten und um der schädlichen Einwirkung der geistigen Treibhausdressur unserer Schulen, und unserer Culturzustände im Allgemeinen, in den Entwicklungsjahren entgegenzuarbeiten. Doch drängt sich uns auch hier unwillkürlich die Ueberzeugung auf, dass die kommenden Generationen in noch weit ausgedehnterer Weise der allgemein neuropathischen Krankheitsdisposition verfallen werden, bis dieser Kassandraruf die gehörige Beachtung erfährt! Leider ist unserer prophylactischen Therapie gegen die Entwicklung der Neurasthenie noch ein sehr geringes Arbeitsfeld eingeräumt, so bedeutungsvoll dieselbe auch wäre, und meistens bekommt der Arzt erst das fertig gewordene Krankheitsbild zu Gesichte.

Sehr oft sind dies schon jugendliche Individuen, die sich den sog. gelehrten Berufsarten widmen sollen. Nicht streng genug kann darauf Nachdruck gelegt werden: dass in solchen Fällen meist nur ein Uebergang zur Wahl eines Berufes, der weniger ausschliesslich die Gehirnfunctionen in Anspruch nimmt, eine radicale Abhülfe bringt. Noch häufiger aber ist das Auftreten der Neurasthenie bei jungen, meist verheiratheten Frauen, oder im thatkräftigsten Mannesalter, bei bisher überaus leistungsfähigen Individuen, die sich eine relativ zu intensive, oder eine allzu ununterbrochene Bethätigung am Kampfe um's Dasein, bes. in der intellectuellen Sphäre, zugetraut.

In der Behandlung der Neurasthenie haben sich vor Allem zwei Methoden eine souveräne und wohlverdiente Bedeutung errungen. Die erstere schliesst eine rationelle Umgestaltung der hygieinischen Verhältnisse der Kranken in sich, die zweite beschlägt die Anwendung der sog. physicalischen Heilmethoden.

Von welch' durchgreifender Bedeutung die Ruhe, die absolute Ausserfunctionsetzung der am meisten angegriffenen Partien des Centralnervensystems, bei dieser Erkrankung sein muss, wird nach der gegebenen Begriffsbestimmung der Neurasthenie sogleich einleuchtend. Ob die Bedingungen zu dieser so nothwendigen Ruhe und Entspannung nur durch vollständige, absolute Lostrennung des Pat. aus seinem gewohnten Wirkungskreise, von seiner ganzen bisherigen Umgebung, mit Versetzung in eine geschlossene Curanstalt, oder an einen Höhencurort, oder schliesslich in ein Seebad — auf welche Weise überhaupt diese Ruhe als erste Bedingung erreicht werden soll und kann, bleibt im concreten Falle dem Tacte des behandelnden Arztes überlassen. Ich verweise hier auf die gediegene Monographie von *Lœwenfeld*, [1]) in welcher sich diese Verhältnisse in eingehender Gründlichkeit erörtert finden.

Allbekannt ist die Thatsache, dass ausgesprochene Fälle von Neurasthenie, bes. solche frischen Datums, und nicht auf allgemeiner, neurotischer Veranlagung oder neuropathischer Vererbung basirend, sich schon bessern oder gänzlich ausheilen durch Enthaltung von gewohnter beruflicher Thätigkeit, oder durch blosse Versetzung auf's Land, an einen Höhencurort, in ein See-

---

[1]) *L. Lœwenfeld*, Die moderne Behandlung der Nervenschwäche etc. Wiesbaden, 1887, pag. 28–67.



bad u. dgl. ohne jede anderweitige Beihülfe. Nach meinen Erfahrungen bilden aber solche Fälle die grosse Minderheit und bieten zugleich die Gelegenheit zu häufigen Recidiven sehr bald nach der Rückkehr des Pat. in die gewohnten Verhältnisse.

Von der Regulirung oder gänzlichen Abgewöhnung des Genusses von Alcohol und anderen Excitantien abgesehen (die in seltenen Fällen indicirt ist), halte ich eine besondere, streng durchgreifende Aenderung der Diät bei Neurasthenikern mindestens für überflüssig. Ich empfehle blos eine recht substantielle, aber leicht verdauliche, regelmässige, den gesellschaftlichen Verhältnissen angemessene Ernährung solcher Patienten. Einer Erwähnung verdient in seltenen Fällen, bes. bei in vorgerückterem Lebensalter und oft schon vor Ausbruch der Neurasthenie eingetretener Fettsucht, die mögliche Indication einer Entfettungs-Diätcur nach *Oertel* oder *Ebstein*. Dass in verschwindend raren Fällen, vorzüglich bei hysterischen Damen, wo auch noch hochgradige Anæmie mit äusserst mangelhafter Ernährung besteht, in der Durchführung einer regelrechten *Mitchell-Playfair*'schen Mastcur ein überraschend günstiger Erfolg zu erzielen wäre, will ich nicht in Abrede stellen. Bisher fühlte ich mich noch niemals irgendwie versucht, diese Cur anzuordnen, bei welcher das bedauernswerthe Behandlungsobject (bei fast absoluter Bettruhe während mehrerer Wochen) in den ersten 8 Tagen bis zu 2—3 Liter Milch per Tag, dann steigend, neben 1—1½ Liter Milch, auch noch mehrere Pfund Fleisch zu sich nehmen muss, während die mangelnde active Bewegung durch tägliche methodische Massage und Electrisirung der gesammten Musculatur ersetzt wird. Zu beherzigen ist jedenfalls der Ausspruch *v. Ziemssen*'s,[1]) den er nach Erwähnung der Entfettungs- sowie der Mastcuren bei Neurasthenie thut:

„Wenn wir zusammenrechnen könnten, wie viele Personen durch unsinnige Entfettungscuren und Alles, was damit zusammenhängt, ihr Leben eingebüsst haben, so würden Sie sicherlich erstaunen über die hohe Mortalitätsziffer. Systemcuren sind in der Hand eines nicht individualisirenden Arztes oder gar eines Laien eine grosse Gefahr."

Vor Allem errangen sich die physicalischen Heilmethoden die erste Stelle in der Behandlung der Neurasthenie. Schon dreissig Jahre bevor der letztere Ausdruck gebraucht wurde, bildeten die Wasserheilanstalten die hauptsächlichsten Zufluchtsstätten für all' die Nervösen, die „Hirnmüden" und die „mit Herzneurosen Behafteten", oder wie damals immer unsere Bezeichnungen für die Neurasthenie lauten mochten. Es war dies auch bei dem damaligen Stande der Therapie und, sagen wir es offen, bei dem geringen Verständniss, das die Mehrzahl der Aerzte damals noch diesen allgemein nervösen, wenig definirbaren Krankheitszuständen entgegenbrachte, leicht erklärlich.

Wenn ich daran denke, wie noch im Jahre 1861 all' unsere Nervösen und Hirnmüden streng nach der Schablone der Græfenberger Kaltwassercur behandelt wurden, und wie ich selbst noch einige Zeit lang zusehen und mitmachen musste,

[1]) *v. Ziemssen*, l. c. pag. 34.



wenn solche Pat. mit reizbarer Erschöpfbarkeit des Centralnervensystems durch prolongirte kalte Wickel zur möglichst hochgradigen Wärmestauung auf der Körperoberfläche, mit enorm erhöhter Pulsfrequenz, gebracht und sodann den möglichst kalten Vollbädern, Sturzbädern, oder unsinnig lang dauernden kalten Strahldouchen überliefert wurden, so ergreift mich ein leiser Schauer. Bald aber änderte sich die Sachlage! Es folgten sich von jenen Jahren an in rascher Reihe die epochemachenden klinisch experimentellen und physiologischen Arbeiten über die antipyretische Wirkung der Bäder und Wärmeentziehungen, über die Wärmeproduction und Wärmeregulirung, über das vasomotorische Nervensystem, überhaupt die nimmer rastenden Forschungen der Nervenphysiologie. Und wenn auch die Resultate der Forschungen mit unsern heissen Wünschen noch lange nicht Schritt hielten, so gaben sie doch dem Specialisten, der ihnen eifrig folgte, Winke genug an die Hand. Sehr bald lehrte uns eine genaue klinische Beobachtung und Individualisirung einsehen, dass bei durch Ueberreizung entstandenen Erschöpfungszuständen jede energische Wärmeentziehung und vor Allem jeder intensive Kältereiz nur verschlimmernd auf den Allgemeinzustand einwirkt. Ich muss offen gestehen, dass Nichts mich so gründlich zur Vorsicht und zum Maasshalten in der Application der Wassercuren gebracht hat, wie die Behandlung nervöser Erschöpfungs- und Reizungszustände.

Die vage Bezeichnung, welche übereinstimmend von den meisten Autoren gebraucht wird, dass bei der Therapie der Neurasthenie eine „milde Wassercur" indicirt sei, genügt aber nicht mehr. Es muss festgestellt werden, dass jeder intensivere Kältereiz und jede irgendwie beträchtlichere Wärmeentziehung direct schädlich wirkt, und es mag immerhin gut sein, wenn der Arzt einem Neurastheniker, den er in eine Wasserheilanstalt schickt, zum Voraus bemerkt, dass er mit wirklich kaltem Wasser überhaupt nicht in Berührung kommen werde.

Eine reiche Erfahrung hat mich belehrt, dass man bei Behandlung der Neurasthenie in den ersten 2—3 Wochen zu kurzdauernden Applicationen (Waschungen oder nassen Abreibungen) niemals kühlere Wassertemperaturen als 22° R. und zu etwas länger dauernden, sedativen Proceduren (Halbbäder, Vollbäder) nicht unter 25° R. benützen soll. Ich halte vor Allem die Anwendung der Waschungen des ganzen Körpers mit Wasser von 23—24° im Anfange, dann bald auf 22°, aber nicht darunter gehend, in den ersten Wochen für ein ganz vorzügliches Verfahren, das leider (wohl weil es zu wenig imponirt) viel zu selten Beachtung findet.

In zweiter Linie schätze ich die Abreibungen mit dem nassen Tuche in oben genannter Temperatur bei vorwiegend atonischen Formen sehr hoch; doch muss ich auch hier davor warnen, so, wie *v. Ziemssen* es empfiehlt, gleich von den ersten Tagen an mit der Temperatur des Tuches methodisch herunter zu gehen. Erst wenn nach einigen Wochen die Reizungserscheinungen fast völlig verschwunden und nachdem vor Allem keine vasomotorischen Reizzustände (angioneurotische Zustände) sich mehr zeigen, beginne ich höchst vorsichtig mit kühleren Temperaturen und constatire, allmälig bis zu kalten Abreibungen gelangend, oft einen ganz ausgezeichneten Erfolg derselben.

Bei hochgradigeren Erregungszuständen, bes. auch bei Angioneurosen und bei hartnäckiger Schlaflosigkeit, sind vor Allem Halbbäder und Vollbäder 25° R., von 5—8 Minuten Dauer, mit oder ohne allgemeiner Massage im Bade, zu empfehlen. Ueberhaupt findet Massage in einigen Formen neurasthenischer Zustände geeignete Verwendung.

Wohl noch bedeutungsvoller als die Hydrotherapie ist für die Behandlung der Neurasthenie die Anwendung der Electricität geworden. Seit den Aufsehen erregenden Arbeiten von *Beard* und *Rockwell* ist dieselbe in ein vollständig neues Stadium getreten. Während schon früher die locale, percutane Application des galvanischen und faradischen Stromes bei diesen Krankheitsformen bekannt und geschätzt war, traten die genannten Autoren mit ihrer neuen Methode der allgemeinen Electrisation an die Oeffentlichkeit. Zu näherem Studium dieser Methode muss ich auf die Originalwerke verweisen.

Nach unserer Auffassung des Begriffes der Neurasthenie stellt sich die Anwendung der Electricität in allgemeiner Form als ein gewaltiger Fortschritt in der Therapie dieser Krankheit dar. Auf welche Art überhaupt der electrische Strom auf die Beschaffenheit und Functionsweise der Nervensubstanz in physiologischen oder pathologischen Verhältnissen wirkt, ob physicalisch oder chemisch, ob electrolytisch oder durch Veränderung der Anordnung der electrischen Molecüle — über all' dies sind wir freilich noch nicht weiter als in's Stadium der Vermuthungen gelangt. Dass aber eine solche Einwirkung in Wirklichkeit stattfindet, ist ad oculos bewiesen, und a priori war anzunehmen, dass bei einer allgemeinen pathologischen Veränderung der Nervenfunction, wie sie sich in der Neurasthenie zeigt, eine wichtige Beeinflussung durch eine Bearbeitung der gesammten peripheren Nervengeflechte durch den electrischen Strom sich ergeben müsse. In der That hat denn auch *Beard* mit seiner neuen Methode bei Neurasthenie und verwandten Affectionen Resultate erzielt, wie sie in der Therapie dieser Leiden bisher unerhört gewesen.

Der Methode allgemeiner Electrisation nach *B.* hangen aber einige nicht zu umgehende Nachtheile an. Wenn sie auch „allgemeine“ Electrisation heisst, so ist es doch nur eine successive erfolgende, über alle peripheren Theile allmälig ausgeführte percutane Anwendung electrischer Ströme. In einem bestimmten Zeitmomente befinden sich hauptsächlich nur die zwischen den Electroden gefassten, beschränkten Gebiete unter der Einwirkung des Stromes. Die Ausübung dieser Methode ist sehr zeitraubend, complicirt, für Arzt wie Patienten in gleicher Weise ermüdend und endlich auch das Zartgefühl, bes. weiblicher Patienten, durchaus nicht schonend.

Eine andere Art allgemeiner Electrisation, deren Anwendung keiner der oben erwähnten Mängel entgegensteht, bieten die hydroelectrischen Bäder. Ich will mich bei Besprechung derselben möglichst kurz fassen und verweise für Näheres auf meine kleine Originalarbeit vom Jahre 1887.[1]) Seit deren Veröffentlichung habe ich in letzter Saison wieder 273 electrische Bäder persönlich verab-

---

[1]) *R. Wagner*, Ueber hydroelectrische Bäder. Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte 1887, Nr. 10.

reicht, zum grössten Theil bei Neurasthenie, und stets mit Notirung der besonderen Effecte jedes einzelnen Bades. Die eingehende wissenschaftliche Verwerthung dieses Beobachtungsmaterials mir für später vorbehaltend, wiederhole ich hier nur, dass ich bei Anwendung der hydroelectrischen Bäder nicht nur beinahe mit absoluter Constanz eine Besserung der hervorragendsten Symptome der Neurasthenie, wie Kopfdruck, Schlaflosigkeit, nervöses Herzklopfen und Præcordialangst, verschiedene Neuralgien, Rückenschmerzen und angioneurotische Erscheinungen, beobachtet habe; sondern dass sich auch diese Bäder als vorzügliches Mittel zur causalen oder allgemeinen Behandlung der Neurasthenie in sehr vielen Fällen trefflich bewährt haben.

Zwar will ich hier ausdrücklich erwähnen, dass zur Beseitigung mancher Symptome der Neurasthenie, bes. der Neuralgien und einzelner angioneurotischer Symptome, vielleicht auch nervöser Störungen in Magen- und Darmfunction — niemals aber Herzaffection oder Schlaflosigkeit — die locale, percutane Galvanisation oder Faradisation rascher zum Ziele führt und ich benütze diese Anwendungsarten ebenfalls öfter. Wo dies irgendwie möglich ist, suche ich die mehr locale Wirkung des electrischen Stromes durch Durchleitung desselben in bestimmter Richtung mittelst besonderer Electrodenplatten-Paaren im electrischen Bade selbst zu erreichen. Allein in sehr häufigen Fällen habe ich bei Neurasthenie die Erfahrung gemacht, dass bei dieser symptomatischen, localen Behandlungsweise der Zeitgewinn doch nur ein illusorischer war, indem die an einer Stelle curirten Neuralgien in anderen Nervengebieten auftraten oder sich durch andersgestaltige neurotische Störungen ersetzten.

An der Hand einer 25jährigen Beobachtungsreihe speciell in Nervenkrankheiten drängt sich mir die Ueberzeugung auf, dass bei allgemein pathologischen Veränderungen, wie eine solche im Nervensystem bei Neurasthenie uns vorliegt — wenn wir sie bis dato auch blos als eine functionelle ansprechen dürfen, — der beste Erfolg durch eine Behandlungsmethode erzielt wird, die in möglichst allgemeiner und umfassender, aber auch in möglichst schonender Form das erkrankte System bearbeitet. Dieses sind die electrischen Bäder zu thun im Stande.

Nur Eines noch möchte ich den verehrten Collegen zum Schlusse an's Herz legen. Man lasse sich trotz der in vielen Fällen quoad sanationem sehr fraglichen Prognose bei Neurasthenie niemals verführen, mitleidig achselzuckend die Hände in den Schooss zu legen. Viele Fälle dieser Krankheit, bes. die frischen, gehen in verhältnissmässig rascher Zeit, d. h. meist nach einigen Monaten in bleibende Genesung über bei rationeller Behandlung und wenn nicht die wichtigste erste Zeit mit halben Maassregeln vertrödelt wird. In gar manchen Fällen muss man sich darauf gefasst machen, dass bei gleich gebliebener Disposition oder erblicher Belastung des Individuums und erneutem Anstürmen der bekannten ätiologischen Momente auf dasselbe, auch der Allgemeinzustand der Neurasthenie sich wieder etabliren wird. Allein bei einer Krankheit, die wir als einen pathologischen Allgemeinzustand in's Auge fassen, von dem aus der Uebergang in schwerere neuropathische Formen, die die Existenz des Pat. nach mehrfacher Richtung bedrohen,

so leicht und häufig ist, mag schon das Bestreben den Erschöpfungszustand wenn auch nur für den Moment zu beheben und dadurch Schlimmeres zu verhüten, Anspornung genug für unsere therapeutische Thätigkeit bieten. Ist diese letztere von der Einsicht geleitet, dass sie eine vorzüglich causale und allgemeine sein muss, so wird sie auch in sehr vielen Fällen das gewünschte Ziel erreichen.

Vereinsberichte.

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

Siebente Sitzung im Winter-Semester 1887/88, Dienstag, den 7. Februar im Physiologischen Institute.[1])

Präsident: Dr. *Schaerer*. — Actuar: Dr. *Dumont*.

Anwesend 20 Mitglieder und 4 Gäste.

Prof. Dr. *H. Kronecker* demonstrirt an einem Hunde, welcher durch Morphium unempfindlich und darauf durch Curare unbeweglich gemacht worden, den **Einfluss der künstlichen Athmung auf den Blutdruck im Aortensystem.** [2])

Der Vortragende bemerkte einleitend, dass solche Untersuchungen erst nützlich geworden, seitdem *C. Ludwig* vor gerade 40 Jahren zu ganz ähnlichen Versuchen das Kymographion erfunden und damit die graphischen Methoden in die Physiologie eingeführt hat. Schon in der Mitte des vorigen Jahrhunderts haben *Lamure* und besonders *A. v. Haller* den Einfluss der Respiration auf den Blutlauf in den Venen beobachtet und wesentlich dreierlei Wirkungen hervorgehoben.

In erster Linie verändert die Athmung den Kreislauf in der Lunge und somit auch den grossen Kreislauf. Die Inspiration erweitert die Blutwege in den Lungen, erleichtert den Abfluss aus den Venen ins rechte Herz; die Exspiration comprimirt die Lungengefässe und staut damit das Venenblut. Auch während künstlicher Athmung (die von *Hook* 1679 eingeführt worden) beobachtete *Haller*, dass durch die aufgeblasene Lunge sowohl das Blut im natürlichen Laufe, als auch flüssige Injectionsmasse leichter durch die Gefässe fliessen, als wenn die Lunge zusammengefallen ist.

2) Der exspirirende Brustkasten comprimirt die Lungen, die Vorhöfe des Herzens, die Hohlvenen; daher schwellen zugleich die Hirnvenen. Durch die Inspiration wird das Blut aus den Venen dem Herzen überwiesen, daher senkt sich das Gehirn während der Inspiration und wird während der Exspiration gehoben und geschwellt.

3) Die Zwerchfellcontractionen verschliessen die vena cava inf.

Erst hundert Jahre später trat diese Frage wieder in den Vordergrund des Interesses. *Poiseuille* untersuchte die Veränderung des Lungenkreislaufes durch die Athmung. Ihm folgten seit 1870 *Ceradini, Quincke* und *Pfeiffer* und viele Andere. *Ludwig* fand 1847 bei Pferden, die ruhig athmeten, keine Einwirkung der Respirationsbewegungen auf den Blutlauf im Aortensysteme. Merklich wird der Einfluss beim Pferde, wenn dieses häufiger athmet. Es wird dann jeder einzelne Herzschlag kräftiger, ohne dass die Pulsfrequenz zunimmt. Beim Hunde findet man bei frequenter Athmung und seltenem Pulse diese letzteren gleichartig; sobald aber die Athmungen seltener werden, merkt man Pulsänderungen, und zwar Steigen und Sinken des mittlern Blutdruckes, ausserdem wechselt dann bei Hunden auch oft rhythmisch die Pulsfrequenz derart, dass sie während der Inspiration zunimmt, während der Exspiration abnimmt.

Eduard Weber bemerkte 1850, dass man durch Exspirationsanstrengung bei gefüllten Lungen und verschlossenen Luftwegen die Füllung des Herzens gänzlich verhindern, so den Puls zum Verschwinden bringen und derart wohl sich tödten könne.

---

[1]) Erhalten 22. Februar 1888. Red.

[2]) Diese Arbeit ist mit den Versuchsbelegen in den Abhandlungen der k. sächs. Ges. d. Wiss. Bd. XXIV veröffentlicht.



Donders machte 1853 auf den verminderten Druck aufmerksam, dem die Innenfläche der Brust und die Oberfläche des Herzens in Folge des Widerstandes der elastischen Lungen unterliegen. Hierauf hatte auch schon *Carson* (1815) hingewiesen.

Einbrodt beobachtete unter *Ludwig*'s Leitung 1860, dass erhöhter Respirationsdruck (125 mm. Hg.) die Spannung des Blutes im rechten Vorhofe von 4,5 mm. Hg. bis auf 30,6 mm. Hg. steigern kann, daher den Zufluss des Blutes zum Herzen hemmt, in Folge dessen den Blutdruck im Aortensysteme mindert, daneben den Herzschlag verlangsamt, indem er die Vaguscentren in der Medulla oblongata durch Venendruck, sowie diejenigen im Herzen durch Lungendruck erregt. Viele Autoren untersuchten danach diese Momente, aber ohne entscheidende Resultate.

Kuhn hat 1875 die Ansicht aufgestellt, dass das Zwerchfell bei der Inspirationsbewegung den Abfluss durch die Aorta erschwere, den Zufluss zum Herzen durch die vena cava inf. erleichtere. Auch *Luciani* theilt mit, dass nach Durchschneidung der Phrenici die inspiratorische Blutdrucksteigerung ausbleibe, und *Schweinburg* unter *v. Basch*'s Leitung sah nach Unterbindung der Bauchaorta die respiratorischen Druckschwankungen verschwinden.

Ausser diesen mechanischen Ursachen sind nervöse geltend gemacht worden, seitdem *Traube* 1861 entdeckt hatte, dass der Blutdruck in curarisirten Thieren, bei denen man die künstliche Athmung unterbrochen hat, rhythmisch schwanken kann. Auf Grund der Untersuchungen von *Ludwig* und *Thiry* über das vasomotorische Nervencentrum stellte er die Ansicht auf, dass die Kohlensäure durch ihre anregende Wirkung rhythmische Contractionen der Körperarterien hervorrufen könne. *Schiff* machte darauf 1877 die Hypothese, „dass die sogenannten respiratorischen Oscillationen des Blutdruckes allemal dann eintreten, wann in der chemischen Zusammensetzung des Blutes gleichfalls Schwankungen vor sich gehen." *Sigmund Mayer* kam 1876 durch seine Untersuchungen zu der Ansicht, dass vom Athmungscentrum rhythmische Impulse auf das Centrum für die Gefässinnervation übergehen. *Hering* fand auch, dass unvollkommen curarisirte Thiere rhythmische Pulsbewegungen machen, isorhythmisch mit den *Traube*'schen Wellen und häufig associirt mit mangelhaften Athembewegungen und Zuckungen der Beine. Zu ähnlichen Anschauungen neigt gegenwärtig *Fredericq*, auf Grund einer Reihe eigener Untersuchungen und solcher von seinen Schülern.

Der Vortragende hat nun in Gemeinschaft mit Herrn Dr. *Heinricius* im verflossenen Jahre die noch schwebende Frage zu beantworten versucht.

Eine gute Grundlage für diese Versuche gaben die ebenfalls im hiesigen Institute gemachten Beobachtungen von Dr. *Haslam*, denen zufolge ein ganz geringer (intraperikardialer) Druck (8—10 cm. Wasser) genügt, um den arteriellen Blutdruck zum Verschwinden zu bringen, und 2 cm. Wasserdruck auf das Herz den Blutdruck schon merklich mindern.

Hiernach durften *Heinricius* und *Kronecker* den leichten Druck, den die aufgeblasenen Lungen auf das Herz üben, wohl beachten.

H. und *K.* öffneten den Thorax und bemerkten, dass bei immer genau gleicher künstlicher Athmung die Athemblutdruckwellen danach oft merklich kleiner wurden. Hielt man den Thorax zu, so wurden die Oscillationen wieder grösser. Wenn die Lungen vom Herzen möglichst zurückgehalten wurden, so erniedrigten sich die Wellen; dieselben verschwanden fast völlig, wenn man das Herz auf dem gespaltenen Perikard von den Lungen entfernt zur Oeffnung des Brustkastens emporhob. Deutlicher noch als diese analytische Untersuchung sprach die synthetische. Jeder leichte Druck auf das Herz stört sogleich die Form der Blutdruckwellen.

Endlich machten *H.* und *K.* den Versuch, die Athemluft direct durch den Herzbeutel zu treiben, anstatt in die Lungen. Hierdurch entstanden ausnehmend starke Blutdruckschwankungen, ganz analog den Schwankungen, die man erhielt, wenn man die Lungen aufblies. Combinirte gleichzeitige Aufblasung von Lungen und Perikard erzeugte einfache Wellenzüge. Immer aber war directes Anblasen des Herzens wirksamer, als durch die



zwischengeschalteten Lungen. Daneben zeigte sich, dass dieses Luftdrücken für die Erhaltung der Herzkraft sehr günstig war. Niedriger Blutdruck stieg dauernd. Die rhythmischen Luftdrucke wirken wie Massage, welche ja von *Boehm* zur Belebung des asphyktischen Herzens empfohlen ist.

Ueber den Einfluss des Druckes kann man nicht im Zweifel sein. Jede Behinderung der Herzdiastole erniedrigt den Blutdruck, weil das Venenblut in geringerer Menge ins Herz fliessen kann, wonach die sich entleerenden Ventrikel geringere Mengen Blut in die Arterien pumpen. Sobald also die Inspiration die Lunge soweit aufgeblasen hat, dass das Herz bedrängt wird, so sinkt die Spannung im Aortensystem. Sobald die Luft aus den Lungen entweichen kann und dieselben zusammenfallen, wird das Herz mehr gefüllt und der arterielle Druck steigt; denn die normalen Herzkammern entleeren sich mit jeder Systole vollkommen, wie *Ludwig* und seine Schüler nachgewiesen haben, — so viel Blut wie in die Kammern gelangt, so viel wird in die arteriellen Bahnen geworfen. Sobald also die künstliche Athmung (bei offener Trachea) unterbrochen wird, die Lungen zusammenfallen, steigt der Blutdruck; sobald die Athmung (natürlich mit Inspiration) begonnen hat, sinkt der Blutdruck. — Die Athmungsgymnastik ist gewiss ein wesentliches Hülfsmittel für die Herzernährung, denn die Massage hilft Blut und Lymphe im erschlafften Herzmuskel erneuern.

Im Allgemeinen entspricht die Grösse der respiratorischen Blutdruckschwankungen der Tiefe der Athmungen; aber auch andere Momente beeinflussen die Grösse dieser Variationen.

So sind bei niederem Blutdruck die Athemschwankungen meist kleiner als bei hohem; doch geschieht es oft, dass bei relativ niedrigem Druck die respiratorischen Schwankungen gross sind, oder auch, dass sie bei hohem Blutdruck kleiner sind als bei niedrigem oder, dass sie ungeachtet der Druckveränderungen gleich bleiben, oder endlich, dass man während starker Veränderungen des Mitteldruckes gar keine Athemschwankungen bemerkt.

Ganz besonders merkwürdig ist es auch, dass zuweilen (zumal wenn Sodalösung aus dem Manometer ins Gefässsystem gedrungen) *Traube*'sche Wellen (klonische Arterienkrämpfe) den Blutdruck ganz regelmässig und tief schwanken lassen, während selbst tiefe Respirationen die selteneren Blutdrucksschwankungen gar nicht ändern. Recht-seltsam ist auch manchmal ein regelmässiges Alterniren von Athemschwankungen und Gefässkrampf.

In all diesen Fällen muss man annehmen, dass arterielle Gefässkrämpfe die geringeren Athemeinflüsse paralysiren.

Die Veränderungen der Widerstände in den Lungen spielen aber sicherlich eine kleine Rolle, wie dies nach den bekannten Versuchen von *Lichtheim* zu erwarten war.

Keine Discussion.

Achte Sitzung im Winter-Semester 1887/88, Dienstag, den 22. Februar, im Casino.[1])
Präsident: Dr. *Schaerer*. — Actuar: Dr. *Dumont*.
Anwesend 14 Mitglieder und 4 Gäste.

1. Dr. *Lardy* spricht **„Ueber Pancreascysten"** und stellt aus der *Kocher*'schen Klinik einen Patienten vor, bei welchem eine Pancreascyste intra vitam diagnosticirt und Ende December 1887 operirt wurde.

Es handelte sich um einen Mann von 37 Jahren, bei dem die Anamnese in Kürze Folgendes ergab. Familie hereditär nicht belastet, Patient stets gesund gewesen bis am 20. Dec. 1886, wo er plötzlich und ohne jede Veranlassung heftige Bauchschmerzen bekam. Am nächsten Morgen war Alles wieder in Ordnung; irgend eine Veränderung am Abdomen konnte nicht constatirt werden, keine Druckschmerzen, keine Auftreibung. Stuhlgang etwas angehalten, von normaler Farbe.

Patient verrichtete seine Beschäftigung, ohne Weiteres zu bemerken, bis am 17. Jan. 1887, wo er einen 2. Anfall von Bauchschmerzen bekam. Die Schmerzen waren sehr heftig während 3 Stunden, liessen nach dieser Zeit etwas nach, ohne jedoch während 6 bis 8 Wochen ganz vollständig zu verschwinden.

---

[1]) Erhalten den 9. März 1888. Red.

Circa 8—10 Tage nach dem 2. Anfall bemerkte Patient, dass die **obere** Bauchgegend von Tag zu Tag zunahm. Dieselbe erreichte damals in Zeit von ca. 14 Tagen die Auftreibung, wie sie bei der Aufnahme des Patienten constatirt wurde. Patient war während der Zunahme des Bauches die grösste Zeit bettlägerig, weil er beim Gehen heftige Schmerzen und das Gefühl starker Spannung hatte. Appetit dabei gut, Stuhlgang regelmässig, etwas entfärbt, Stühle platt zusammengedrückt, Urin spärlich, etwas trüb; kein Icterus.

Patient war bis Ende Februar bettlägerig und konnte dann hie und da etwas ausgehen.

Der Zustand blieb erträglich bis Mitte Juni, der Bauch blieb von gleicher Grösse, Mitte Juni trat dagegen heftiges Erbrechen ein mit Zeichen von Ileus, die aber von kurzer Dauer waren. Nachher war Pat. wieder ganz ordentlich wohl während sechs Wochen, worauf zweimal nach einander Erbrechen eintrat, welches sich allmälig in immer kürzeren Pausen einstellte, bis es zuletzt fast alle Tage eintrat. Eine Stunde nach dem Essen trat jeweilen Schwellung im Epigastrium auf, krampfartige Schmerzen bis zum Erbrechen, dann liessen die Schmerzen nach und die Schwellung verlor sich.

Mitte October traten heftige Schmerzen in der linken untern Bauchgegend ein, die den Pat. wieder bettlägerig machten.

Von Mitte October bis Ende November, zu welcher Zeit Pat. in die hiesige medic. Klinik eintrat, blieben das Erbrechen und die Schmerzen immer gleich. Pat. magerte stark ab und die Kräfte schwanden ziemlich rasch, während der Bauch sich stets gleich gross blieb.

Am 25. Nov. 1887 wurde in Narcose eine Untersuchung und eine Probepunction vorgenommen. Darauf traten deutliche peritonitische Erscheinungen auf, die 8 Tage andauerten. Als man bei dieser Untersuchung eine grosse Geschwulst der Oberbauchgegend diagnosticirt hatte, wurde Pat. am 6. Dec. 1887 in die *Kocher*'sche Klinik herübergebracht.

Der Befund, wie er vor der Operation von Herrn Prof. Dr. *Kocher* notirt wurde, ist folgender:

Gut gebauter, abgemagerter Körper. Das Abdomen ist enorm aufgetrieben, ziemlich gleichmässig, die Bauchdecken ziemlich hart gespannt. Durch Aufschlagen mit der Hand erhält man ein exquisites Fluctuationsgefühl (Wellenschlagen). Man constatirte durch die Palpation einen sehr grossen runden Tumor, welcher sich vom Epigastrium bis in die Mitte zwischen Nabel und Symphyse erstreckte und ganz deutlich fluctuirte. Der Tumor hatte eine ziemlich glatte Oberfläche. Die Haut ist mit der Geschwulst nicht adhärent. Ueber den obersten Partien des Abdomens tympanitischer Percussionsschall, sonst Dämpfung. Vor der Geschwulst fühlt man einen deutlichen Strang, welcher bogenförmig convex nach unten von einem Rippenbogenrand zum andern geht. Der Nabel selbst ist stark nach unten verdrängt und die Entfernung zwischen Processus Xiphoïdeus und Nabel ist wenigstens zweimal so gross, wie die vom Nabel bis zur Symphyse. Bei der Aufblähung des Darmes per Anum mit Luft dehnte sich der erwähnte Strang deutlich aus. Man hatte es also mit dem Colon transversum zu thun, die Geschwulst sass hinter dem Colon. Der Magen war ebenfalls bei der Aufblähung mit der Schlundsonde vor der Geschwulst im linken Hypochondrium zu erkennen. Hochstand der Lunge und des Herzens. Auscultation und Percussion der Brust normal. Stuhlgang etwas angehalten, von gewöhnlicher Farbe. Pat. hatte wenig Schmerzen; hie und da nach dem Essen trat Erbrechen ein. Urin normal. Die Tripsinprobe ergab, wie gewöhnlich, negatives Resultat.

Die Probepunction, die man auf der medicinischen Klinik gemacht hatte, ergab eine dunkelrothe, blutähnliche Flüssigkeit. Die microscopische Untersuchung zeigte zahlreiche unveränderte rothe Blutkörperchen, ziemlich viele grosse Fettkörnchenkugeln, in welchen sich hie und da Hämatoïdinschollen fanden (keine schönen Krystalle), Cholestearinkrystalle, keine Endothel- noch Epithelzellen.

Wenn wir Alles zusammenfassten, so hatten wir es mit einer grossen Geschwulst zu

thun, die im Epigastrium zu wachsen anfing, die sich hinter dem Omentum majus, Colon transversum und Magen befand, und die ziemlich median lag. Sie fluctuirte deutlich und bei der Punction ergab sie einen blutigen Inhalt. Chemisch konnte der Inhalt nicht untersucht werden wegen der zu geringen Flüssigkeitsmenge, die man bei der ersten Punction bekommen hatte und man wollte eine zweite Punction wegen der Gefahr vor Peritonitis nicht wagen. Trotzdem war die Diagnose einer Pancreascyste gerechtfertigt, weil die Erfahrung uns lehrt, dass diese Cysten sehr oft hämorrhagischer Natur sind, was nicht der Fall ist für die Cysten, die von den Nebennieren, Nieren, Leber (Gallenblasenerweiterung), etc. ausgehen.

Die Anamnese stimmt auch mit; die kolikartigen Anfälle können erklärt werden durch Verstopfung des Ductus pancreat. oder accessorius durch ein Concrement; das rasche Wachsthum durch eine Blutung, da die Cyste entweder als ein Hämatom angefangen hat oder die Blutung in eine Retentionscyste erfolgt ist. Die Blutungen können in diesem Fall zu Stande kommen durch die verdauende Wirkung des Pancreassaftes. Die frühere weissliche Farbe des Stuhles war verursacht durch unverdaute Fettspeisen, die bandartige Form des Stuhles durch Compression des Dickdarmes, das Erbrechen durch die Compression der Pylorusgegend und des Duodenum.

Die in diesem Falle indicirte Operation war: entweder eine Entfernung der Cyste durch Excision oder die Incision mit Drainage, langsamer Heilung und Gefahr einer Pancreasfistel.

Da die Statistik lehrt, dass die Excision äusserst gefährlich ist, und dass in der neuesten Zeit fast alle Fälle tödtlich endeten, wurde die einzeitige Incision mit Anheftung der Cystenwand an die Bauchwand in Aussicht genommen und am 30. Dec. 1887 ausgeführt. Die hier in Anwendung gekommene Antisepsis braucht nicht näher geschildert zu werden. (Vgl. dieses Blatt Nr. 1, 1888.)

Schnitt in der Mitte zwischen Nabel und Processus Xyphoïdeus in einer Länge von ca. 12 cm. Eröffnung des Peritoneum und Spaltung in der Längsrichtung des Ligamentum Gastrocholicum, welches sehr dick und blutreich ist. Die Cyste fand sich direct unter diesem Ligament, sie war von glatter Oberfläche und weisslich-bläulicher Farbe. Sie wird mit Knopfnähten am obern und untern Wundwinkel angeheftet und mit dem grossen *Spencer-Well*'schen Troicart entleert.

Nach der Entleerung wird die Oeffnung erweitert, die Cystenwand mit der Bauchwand vernäht.

Im Ganzen wurden ca. 10 Liter einer dunkelrothen und klebrigen Flüssigkeit entleert.

Die Innenfläche der Cyste war ziemlich glatt, von weisslich-gelblicher Farbe und zeigte keine Neigung zu Blutungen. Die Cystenwand zog sich rasch und fest zusammen, so dass eine nähere Orientirung über den Sitz der Geschwulst zur Zeit der Operation nicht möglich war. Tamponade der übrig bleibenden Cystenhöhle mit Jodoformgaze, Sublimatgazeverband; etc.

Die Folgen der Operation waren sehr einfache, die Wunde heilte per secundam ohne jede Störung; Pat. hat nie Fieber gehabt, die höchste Temperatur war 38,0° am Abend des zweiten Tages. Nie Schmerzen.

Seit der Operation hat Pat. wieder bedeutend zugenommen. Zur Zeit ist noch ein ziemlich dicker Strang im Abdomen zu fühlen, welcher der angenähten geschrumpften Cyste entspricht.

Dieser Fall ist besonders deshalb interessant, weil derselbe nach der Arbeit von *C. Hagenbach* (von Basel) der 17. Fall von Pancreascyte ist, welcher zur Operation kam und nur der 3. welcher mit Sicherheit intra vitam diagnosticirt wurde.

Die chemische Untersuchung des Cysteninhaltes, von Herrn Prof. Dr. *v. Nencki* ausgeführt, ergab nichts sehr Charakteristisches. Die Flüssigkeit verdaute kein Eiweiss, verwandelte dagegen Stärke in Zucker.

In der Discussion erwähnt Dr. *Dumont* eines Falles von *Musser*, der in der vom

Vortragenden angeführten *Hagenbach*'schen Arbeit nicht enthalten ist, bei dem es sich um einen Abscess des Pancreas gehandelt hatte, der aber trotz seines grossen Umfanges erst bei der Autopsie diagnosticirt wurde. (American Journal of the medical Sciences). — Die Diagnose der Pancreastumoren überhaupt ist, der medic. Litteratur nach zu schliessen, sehr schwer und es ist daher für uns um so erfreulicher, in unserem Vereine einen Patienten mit Pancreascyste geheilt zu sehen.

Prof. Dr. *v. Nencki* möchte der Annahme entgegentreten, als ob man im Inhalt einer Pancreascyste Fermente, speciell Tripsin, regelmässig antreffen werde. Wenn er im vorliegenden Falle nicht gewusst hätte, dass es sich um die Operation einer Pancreascyste gehandelt habe, so wäre er gewiss nicht durch die Untersuchung der Fermente auf die Diagnose gekommen. Denn er konnte trotz der Anwendung aller Cautelen kein Tripsin in der Flüssigkeit nachweisen. Er hält nicht dafür, dass solche Fermente in Pancreascysten vorkommen. Er fand nur, dass der Cysteninhalt Eiweiss nicht verdaue und Stärke in Zucker verwandle.

Dr. *Dubois* hat der Fall um so mehr interessirt, als er ihn früher gesehen hatte. Die Diagnose der Pancreascysten scheint ihm in allen solchen Fällen keine absolut sichere, sondern in Anbetracht der fehlenden, charakteristischen chemischen Erscheinungen seitens des Inhaltes mehr nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose sein zu können. — Jedenfalls ist aber der Erfolg bei dem vorgestellten Pat. derart, dass man das eingeschlagene Verfahren nur billigen kann.

2. Dr. *Lindt*, jun. hält einen Vortrag über einen Fall von **Encephalopathia saturnina mit tödtlichem Ausgange.**

Dieser Fall ereignete sich auf der medic. Klinik im Nov. 1887. Der Vortragende gibt zunächst eine kurze Beschreibung des Krankheitsbildes der Encephalopathia saturnina, wie es von *Tauquerel des Planches* (traité des maladies de plomb 1839) ausführlich geschildert worden ist. Danach werden 4 Hauptformen, in denen das saturnine Gehirnleiden auftreten kann, unterschieden.

1. Delirium saturninum, das wieder ein ruhiges oder ein furibundes sein kann.
2. Coma saturninum.
3. Convulsiones saturninae, als typische epileptische Krämpfe oder nur epileptiforme oder kataleptische.
4. Combinationen der verschiedenen Formen.

Die Encephalopathia saturnina tritt als selbstständiges Leiden auf, ist das erste Zeichen von Bleiintoxication, oder sie schliesst sich an längere oder kürzere Zeit bestehende Bleikolik oder Lähmung an. Bei ihrem Auftreten beherrscht sie allein das Symptomenbild, oder es bestehen daneben noch Kolik, Lähmung oder andere Zeichen der Bleivergiftung. Hysterie, Epilepsie, Psychosen scheinen keine Prädisposition zur Encephalopathia abzugeben, vielleicht aber Alcohol-Missbrauch. Dem Ausbruch der Krankheit gehen zuweilen leicht zu übersehende Prodrome voraus. Aufgenommen wird das Blei wohl meist durch den Digestionstractus, weniger durch die Respirationswege.

Die Diagnose wird meist sehr erleichtert, abgesehen von der Anamnese, durch den Bleisaum am Zahnfleisch oder durch das typische bleikachectische Aussehen. Die Dauer des Leidens schwankt zwischen wenigen Minuten und mehreren Tagen. Prognose ist sehr vorsichtig zu stellen, sie wird günstiger, je länger das Leiden dauert. Die comatöse Form ist die seltenste, aber auch prognostisch die schlimmste. Am häufigsten sind Combinationen der verschiedenen Formen. Bei günstigem Ausgang tritt gewöhnlich an Stelle der Aufregung, der Krämpfe oder des Coma's ein ruhiger Schlaf, aus dem Patient geheilt erwacht.

Bezüglich der Therapie weist *L.* auf die Erfahrungen der ältern Pariser Aerzte, spec. *Tauquerel*'s, und warnt vor zu energischem Eingreifen, vor Blutentziehungen, forcirten Abkühlungen und Drastica. Empfohlen wird exspectatives Verfahren, laue Bäder, bei Herzschwäche Stimulantien und bei langsam verlaufenden Fällen Jodkalium, das die Bleiausscheidung durch den Harn beschleunigen soll.

Der Vortragende weist sodann darauf hin, dass die pathologische Anatomie der Krankheit sehr lückenhaft ist. Einige sehr wenig charakteristische macroscopische Befunde an Gehirnen, die gelbliche Verfärbung, Atrophie, Hypertrophie etc. ist alles bis jetzt Bekannte. Die microscopischen Untersuchungen sind sehr selten und wenigstens in acut letalen Fällen stets negativ. Sicher wurde in zahlreichen Fällen das Blei chemisch im Gehirn nachgewiesen. Es bleibt noch unentschieden, ob das Blei durch directe chemische Reizung auf die Hirnsubstanz das saturnine Gehirnleiden auslöst, oder ob dieselben die Folge seien von durch das Blei erzeugten anatomischen Læsionen der Ganglienzellen. Bei dem so sehr acuten Verlauf vieler Fälle scheint *L.* das erstere wahrscheinlicher zu sein.

Der von dem Vortragenden beobachtete Fall betraf eine Arbeiterin der Schriftgiesserei in Holligen. Im Frühjahr 1887 eingetreten, musste sie die frisch gegossenen und abgeriebenen Buchstaben ordnen, eine relativ sehr ungefährliche Arbeit; dabei soll sie aber sehr nachlässig und unreinlich gewesen sein und meist ihr Brod trotz Verwarnung mit bleibeschmutzten Händen genossen haben. Im Herbst Appetitlosigkeit, Kopfschmerz, dann starke Stuhlverstopfung und heftige Kolikanfälle. Am 1. Nov. Erbrechen, merkwürdiges verstörtes Wesen, Unfähigkeit zu arbeiten, Abends epileptischer Anfall mit nachfolgendem Coma.

In der Nacht des 1. Nov. wurde sie comatös auf die Klinik gebracht. Es wurde constatirt absolut tiefe Bewusstlosigkeit, unruhiges Hin- und Herwälzen im Bett mit Knirschen und Stöhnen. Icterus saturninus, Bleisaum am Zahnfleisch, Puls klein, nicht frequent. Inspirator. Stridor durch Struma bedingt.

Eine Extensorenlähmung ist nicht nachzuweisen. Reflexe normal, ophthalmoscop. Befund negativ. Temp. leicht über der Norm, bis 38,8.

Urin dunkel, enthält kein Eiweiss, keinen Zucker, etwas Urobilin.

Die Diagnose bot keine Schwierigkeiten; Anamnese, Bleisaum, fehlende Albuminurie liessen mit Sicherheit eine Encephalopathia saturnina annehmen und zwar eine Combination von Epilepsie und Coma. Mit Rücksicht auf das tiefe Coma und einige Zeichen von beginnender Herzschwäche wurde eine sehr schlechte Prognose gestellt.

Therapie: laue Bäder und Stimulantien. In der Nacht convulsivischer Anfall, der sich am folgenden Tag mit steigender Heftigkeit und Frequenz wiederholt, um dann am Abend des 3. Nov. einem tiefen Coma Platz zu machen. Exitus am 4. Nov. Morgens.

Das Resultat der Autopsie war negativ. Geringe Abplattung der Windungen des Gehirns, Trockenheit der Häute, gelbliche Verfärbung der Hirnsubstanz. Prof. Dr. *Nencki* wies sehr viel Blei im Gehirn nach.

Prof. *Langhans* beabsichtigt, die microscopische Untersuchung des Gehirns und Rückenmarkes noch vorzunehmen.

Auffällig bei diesem Fall ist die kolossale Schwere der Symptome bei einer Patientin, die nur kurze Zeit sich der Gefahr einer Bleiintoxication ausgesetzt (1/2 Jahr).

Warum die Encephalopathie bald in der, bald in einer andern Form auftritt, ist nicht zu erklären, *L.* glaubt, dass durch quantitative Bestimmungen des Bleigehaltes in den einzelnen Hirnprovinzen Licht auf diese Frage geworfen werden könnte oder durch Thierexperimente analog denen von *Landris* mit Kreatin zur Erzeugung von uræmischen Symptomen gemachten.

Zum Schluss, hauptsächlich behufs Anregung einer Discussion, berührt *L.* noch die Frage, wie es mit den Vorschriften zur Verhütung von Bleivergiftung in der betreffenden Schriftgiesserei stehe. Er theilt mit, dass dort keine schriftlichen Vorschriften bestehen, dass nur mündlich die Arbeiter zur Reinlichkeit besonders beim Essen angehalten werden. Er findet dies ungenügend, als Beweis gelte der mitgetheilte Fall. Er meint, dass abgesehen von der Sorge für geeignete Ventilation der Räume der Arbeiter gezwungen werden sollte, sein Essen nur nach gründlicher Reinigung der Hände in einem bleifreien Extrazimmer einzunehmen. In Fabriken, wo die Gefahr des Einathmens von Blei besteht, sollten Masken verordnet werden. Der Gesundheitszustand in der betreffenden

Fabrik soll nach den Angaben des Chefs kein schlechter sein und obiger Fall ganz isolirt dastehen.

In der Discussion bemerkt Dr. *Dubois*, dass das Symptomenbild der Bleivergiftung durch *Achard* und *Charcot* um ein weiteres, nämlich um die „Hystérie saturnine“ vermehrt worden sei. Die chronischen Metallvergiftungen haben mit andern chronischen Intoxicationen, wie z. B. dem chron. Alcoholismus insofern grosse Aehnlichkeit, als die Pat. je nach ihrer individuellen Prädisposition verschieden darauf reagiren. Dem Bilde der Hystérie saturnine kann man freilich entgegnen, es handle sich um eine Hysterische, die später durch Blei vergiftet worden, dagegen hat aber *Charcot* betont, dass bei dieser Hystérie saturnine durch Aussetzen des Bleieinflusses die Symptome abnehmen.

Dr. *Dättwyler* theilt einen Fall von charakteristischer Bleivergiftung bei einer Patientin mit, welche angab, mit Blei nichts zu thun zu haben. Erst später stellte sich heraus, dass dieselbe seit Langem an Fluor albus litt und dass sie seit Monaten Einspritzungen mit Aqua Goulardi gemacht hatte.

Ueber die Frage, ob man einen Fabrikbesitzer für solche Bleivergiftungen verantwortlich machen könne und was für Maassregeln zur Verhütung solcher bedauernswerthen Vorkommnisse getroffen werden sollten, entspann sich eine längere Discussion, an welcher die Herren DDr. *Schenk*, *Niehans-Bovet*, *Dättwyler*, *Krauss*, *Dutoit*, *Schaerer*, Prof. *Nencki*, *Lardy* und *Dumont* sich betheiligten. Dieselbe ergab als Resultat, es sei dem Fabrikinspector (Herrn Nüsperli in Aarau) Mittheilung dieses Falles zu machen, aber nicht in Form einer Anzeige gegen den Fabrikbesitzer, sondern mehr nur in Form einer Meldung, damit derselbe die nöthigen Maassregeln zur Verhütung solcher Bleivergiftungen für die Zukunft treffen könne.

3. Ein Circular der Schweizerischen Aerztecommission ladet zu zahlreichem Besuche der Aerzteversammlung in Lausanne (Mai) ein.

Referate und Kritiken.

Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Tübingen.

Herausgegeben von Dr. *Paul Bruns*. III. Bd., II. Heft. Tübingen, H. Laupp, 1887.

I. Ueber die Geschwülste der Kiemenspalten von *C. Henri Richard*. Unterschieden werden die branchiogenen Cysten, Abscesse und Carcinome. Von 27 Fällen branchiogener Cysten gehörten 9 der II., 15 der III. und 3 der IV. Kiemengangspalte an. 4 Mal sassen sie in der Mittellinie, 10 Mal auf der rechten und 13 Mal auf der linken Seite des Halses. Inhalt serös, atheromatös oder schleimig. Entwicklung in der frühen Jugend oder in der Pubertätszeit. Wachsthum langsam. Von 28 Fällen 26 durch Exstirpation geheilt, wobei zuweilen Verwachsungen mit der Gefässscheide, mit dem Proc. styloid. und dem Zungenbeine getroffen wurden.

Die 3 branchiogenen Abscesse sind als vereiterte Cysten aufzufassen, enthielten Eiter und in grossen Mengen Plattenepithelien.

Von branchiogenen Carcinomen führt Verf. 3 Beobachtungen aus der Tübinger Klinik an, welche durch Excision geheilt wurden.

II. Ueber die Eröffnung tiefer perirectaler Abscesse durch den Perinealschnitt berichtet *H. Zeller*. 3 Mal wurde von Prof. *Bruns* bei grösseren Abscessen, welche hoch oben in der Umgebung des Rectum lagen, der Perinealschnitt gemacht (statt der Rectalincision) und Heilung erzielt. Die Methode wird als Normalverfahren für diese Abscesse hingestellt; sie ermöglicht strenge Antisepsis, garantirt sichern Abfluss des Eiters und vermeidet die Communication mit dem Darmlumen.

III. *G. Mandry* (zur Frage der Arthrectomie des Kniegelenks bei Kindern) bestätigt durch 7 Fälle aus der Tübinger Klinik die von *von Volkmann* hervorgehobenen Vortheile der Arthrectomie gegenüber der Resection bei Kniefungus im Kindesalter.

IV. *E. Müller* stellt 7 Fälle von Rissfractur der Spina tibiae zusammen

(1 aus der Tübinger Klinik). Sie entsteht durch active Contraction des Quadriceps; Diagnose leicht; Behandlung: Fixirung des Fragmentes gegen die Tibia durch eine Binde oder mittelst Heftpflasterstreifen, darüber Gyps- oder Wasserglasverband in ganz gestreckter Stellung des Knie's. In frischen Fällen erfolgte stets Heilung mit normaler Function.

V. In völliger Bestätigung der Angaben von *Hamilton* und *Brunner* findet *E. Beck* bei Feststellung des Endresultates von 28 Fällen von Kniescheibenbrüchen sehr günstige Resultate der unblutigen Behandlung im Vergleich zur operativen Behandlung. Von 14 Fällen sind 6 knöchern geheilt und 8 mit kurzer fibröser Zwischensubstanz. Die Streckung im Knie ist bei allen normal, die Beugung nur in wenig Fällen etwas beschränkt. In allen Fällen von subcutaner Verletzung bleibt demnach die alte unblutige Behandlung zu Rechte bestehen.

VI. Sehr wichtig ist die Mittheilung von *Bruns* über 3 Fälle von veralteten, schlecht geheilten Patella-Fracturen mit schweren Functionsstörungen. Als Grund der letzteren wird in 2 Fällen bei dem zur Verbesserung der Function unternommenen operativen Eingriffe völliger Mangel einer Zwischensubstanz zwischen den Fragmenten und in einem Falle Verwachsung des oberen Fragmentes mit der Vorderfläche des Femur ohne jede Verbindung mit dem unteren Fragmente gefunden. Derselbe Befund ist unter 25 Fällen, die aus der Literatur zusammengestellt werden, 23 Mal erhoben worden.

VII. *Bruns* liefert weiterhin schätzenswerthe Beiträge zur Entkropfungscachexie. Seine sämmtlichen Totalexcisionen haben die Cachexie und deswegen spricht er sich nochmals grundsätzlich gegen die Zulässigkeit der Totalexcision des Kropfes aus und begründet durch Besprechung und Vergleichung der verschiedenen Operationsmethoden die Möglichkeit der partiellen Excisionen in jedem Falle, die, trotzdem die zurückgebliebenen Kropftheile häufiger nachwachsen als schrumpfen, doch nur ganz selten wiederholte Operationen nothwendig machen.

Drei kleinere Mittheilungen: Acute Eiterung nach Brisement forcé; über die Kalkbehandlung der localisirten tuberculösen Processe *(Ernst Müller)* und Enchondrom des Kehlkopfes *(P. Bruns)* beschliessen dieses an interessanten Arbeiten wiederum so reiche Heft.

Kaufmann.

Die präcipitirten Geburten der Stadt und Umgebung von Basel in den Jahren 1867—1885.
Von Graf *von der Goltz.* Inaugural-Dissertation. Basel, 1887.

G. will unter Berücksichtigung von *Winkel's* Untersuchungen über die Bedeutung präcipitirter Geburten für die Aetiologie des Puerperalfiebers (München 1884) an der Hand der klinischen Beobachtungen aus Basel zeigen, welchen Einfluss eine präcipitirte Geburt auf Mutter und Kind ausübt und in welcher Weise sich die Folgen für Mutter und Kind nach den dortigen Beobachtungen gestalten. Das Material bilden 37 solcher Geburten. Das Resultat seiner Untersuchungen fasst er in folgenden 6 Punkten zusammen: 1. Die Basler präcipitirt Entbundenen verhalten sich in ihren Erkrankungen nicht anders als andere Wöchnerinnen unter normalen Umständen; die Erkrankungen gingen leicht und rasch vorüber, wenn sie auch in einem hohen Procentsatz vorkamen. 2. Die Erkrankungen bestanden in mässigen Blutungen, geringem Fieber und verzögerter Rückbildung des Uterus. 3. Kein Puerperalfall, sei es nach Hülfeleistung privater Personen, sei es nach solcher von sachkundiger Hand, ist zur Beobachtung gekommen. 4. Keine Uebertragung von Sepsis irgend welcher Art wurde durch den Aufenthalt im Institut beobachtet. 5. Die Erkrankungen der Kinder post partum bestanden meist nur in Conjunctivitis neonatorum, leichten Catarrhen und eventuell in leicht und rasch schwindender Kopfgeschwulst. 6. Die Mortalität der Mütter ist gleich null im Gegensatz zur Mortalität der Kinder, welche eine Höhe von 26,8 % erreicht hat.

Es stehen diese Resultate hinsichtlich der Morbilität und Mortalität der Mütter mit den *Winkel'*schen in Widerspruch, der für Mutter und Kinder eine höhere Morbilität und Mortalität als bei den im Gebärhause und im Bett Entbundenen bekommen hat, während *G.* nur für die Kinder. — Weitere Mittheilungen sind nöthig zur Lösung der Frage.

Roth (Winterthur).



Lehrbuch der pathologischen Mycologie.

Vorlesungen für Aerzte und Studirende von Prof. *Baumgarten*. 2. Hälfte, 1. Halbband. Verlag Harald Bruhn, 1887.

Dem allgemeinen Theil, der vor mehr als Jahresfrist erschien, folgt nun der sehnlichst erwartete specielle Theil. Der 1. Halbband mit 206 Seiten liegt vor uns; er enthält die Abhandlungen über die pathogenen Coccen, sowie zum Theil die pathogenen Bacillen: Milzbrand, malignes Oedem, Rauschbrand, Schweinerothlauf, Hühnercholera und Typhus vollständig — Tuberkelbacillen sind, obschon denselben ein beträchtlicher Abschnitt gewidmet ist, noch nicht vollständig besprochen. 48 meist sehr gelungene Abbildungen sind im Text beigefügt.

Der durch seine Arbeiten auf pathologischem und bacteriologischem Gebiete wohl bekannte Verfasser, dem wir besonders vorzügliche Arbeiten über Tuberculose verdanken, bietet uns in vorliegendem ein Werk, das seiner klaren und durchaus erschöpfenden Darstellung halber eine Fundgrube für Jeden wird, der sich mit dieser neuen Disciplin beschäftigen will. Welch' mühselige Arbeit aber einer erschöpfenden Bearbeitung dieses Gegenstandes zu Grunde liegen muss, das vermag nur Derjenige zu ermessen, der es selbst versucht hat, in diesem Gebiete bei der erstaunlichen Productionsfähigkeit der Bacteriologen, oder solcher, die es zu sein glauben, nothdürftig auf dem Laufenden zu bleiben. Wir wissen dem Verfasser für seine enorme Mühe Dank.

Die neueste Literatur ist bis ins Kleinste berücksichtigt und in fortlaufend nummerirten Anmerkungen, untermischt mit grössern kritischen Bemerkungen am Schlusse grösserer Abschnitte zusammengestellt. Im Bestreben, Jedem gerecht zu werden, sind diese Anmerkungen unverhältnissmässig ausgedehnt geworden, — ja selbst der Text wird durch die immer sich wiederholenden Citationen von Autoren (bisweilen 10 und mehr Namen nach einander) störend unterbrochen.

Dem Werth des ganzen, gewiss vorzüglichen Buches vermögen diese Einzelheiten keinen Abbruch zu thun. Derjenige, der sich eingehender mit der Bacteriologie beschäftigt, findet darin alles Wünschenswerthe — der Arzt und der Studirende freilich würde sich nach dem Dafürhalten des Ref. in den vielen Détails verlieren.

Druck und Ausstattung gereichen dem rührigen Verlag zur Ehre. *Garrè.*

Propädeutik für das Studium der Augenheilkunde.

Bearbeitet für Studirende und Aerzte von Dr. *J. Hock*, Privatdocent in Wien. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke. 1887.

Verfasser hat in der vorhandenen Literatur ein Buch vermisst, welches die Untersuchungsmethoden des Auges im Zusammenhang mit den wichtigsten Fragen der physiologischen Optik behandelt. Diese Lücke soll durch das vorliegende Lehrbuch (254 S.) ausgefüllt werden. Sowohl abschnittweise, wie von Punkt zu Punkt werden zuerst die entsprechenden Capitel der Physiologie und sonach auf dieser Grundlage die verschiedenen Methoden der Functionsprüfungen dargestellt. Diese Combination bietet entschieden eine sehr willkommene und bequeme Erleichterung für das Studium des behandelten Gebietes; wenigstens erinnert sich Referent sehr gut aus seinen klinischen Semestern, das Bedürfniss nach etwas Aehnlichem oft empfunden zu haben. Die Darstellung ist klar und verständlich, im physiologisch-optischen Theil an manchen Stellen zu ausführlich. So sind z. B. die 20 Seiten über die Vergrösserung des Augenspiegelbildes unter den verschiedenen Bedingungen wohl von Interesse, aber nicht im Verhältniss zum Rahmen des Buches.

Als Propädeutik für den Studirenden und für den angehenden Specialisten ist das Buch zu empfehlen. Der pract. Arzt, für den es ebenfalls berechnet ist, dürfte sich nicht selten in dem ausführlichen Detail verlieren. *Bänziger* (Zürich).

Gynäkologische Studien und Erfahrungen.

Von *Grechen*. Berlin und Neuwied, Heuser. 1888.

I. Ueber Dysmenorhœa membranacea. 2 Fälle. 1) Bei einem 21jährigen, ganz intacten Mädchen, so dass die Behauptung, dass die Dysm. membr. ein Abortus sei, hinfällig ist. 2) Bei einer 38jährigen unverheiratheten Person. Ausserhalb der mit der

Menstruation einsetzenden Endometritis und Colpitis tritt noch eine Colpitis membranacea in der intermenstruellen Zeit ein. Der Fall wurde geheilt; die verschiedenen Erscheinungen von Seite des Darms, Magens und der Blase durch Behandlung der einzelnen Organe; das Uterusleiden durch Dilatation des Cervix, laue Bäder, heisse Irrigationen, Glycerintampons, *Priessnitz*'sche Umschläge und Scarificationen der Portio.

II. Bericht über 10 Fälle von Laparotomie. Von Interesse sind 2 Fälle von Dermoidcyste, 1 Fall von temporärer Geistesstörung nach einer Ovariotomie, 1 Fall von regelmässigen, mit dem Puls synchronischen Pulsationen eines Ovarialkystoms, 1 Fall von Castration wegen allgemeiner Neurose mit negativem Erfolg.

III. Laparotomie bei Bauchfelltuberculose. Heilung. „Die Erfahrung über diese Operation lehrt, dass man vermittelst Laparotomie und Entleerung des tuberculösen Ascites die Bauchfelltuberculose in vielen Fällen zu jahrelanger Heilung bringen kann. Der Bauchschnitt und die vollkommene Entleerung des Ascites genügen; alle andern Manipulationen erscheinen zum mindesten überflüssig."

„Das Bauchfell stellt einen für die Tuberkelbacillen wenig geeigneten Nährboden dar; die Zahl der nachzuweisenden Bacillen ist eine geringe; dementsprechend ist zumeist die Virulenz der Bauchfelltuberculose eine schwache; nach der Bildung von mehr weniger Miliartuberkel im Bauchfellraume und eines entsprechenden Ascites ist dieselbe erschöpft und der Krankheitsprocess hat Neigung, durch Bildung von Verlöthungen, Verkalkungen u. s. w. zum Abschluss zu kommen. Diese Tendenz zur Ausheilung kann vor allem mächtig unterstützt werden durch Entfernung der ascitischen Flüssigkeit, wodurch ein mächtiger Reiz des Bauchfells wegfällt und die Tuberculose obliterirt. Diese Entfernung der ascitischen Flüssigkeit soll eine vollkommene sein." Nur so ist die Heilbarkeit dieser Krankheit erklärlich. *Roth* (Winterthur).

Der extraperitoneale Explorativschnitt.

Die differenzielle Diagnostik der chirurgischen Erkrankungen und Neubildungen des Abdomens. Von Prof. Dr. *Bernhard Bardenheuer*. Stuttgart, Verlag von Enke, 1887. 748 S.

Dem vorliegenden, so umfangreichen Werke über Peritoneal-Chirurgie ist kürzlich durch *Neudörfer* eine vernichtende Kritik zu Theil geworden. Es ist jedoch ein Werk, das nicht nur, weil es gedruckt ist, sondern auch seines Inhaltes wegen seine Bedeutung behalten wird. Die äussere Form lässt manches zu wünschen übrig, das ist gewiss. Zunächst fehlt eine klare, logisch gedachte Durcharbeitung des Ganzen, was das Lesen des Werkes ungemein erschwert, dann vermisst man des Oeftern Abbildungen, welche lange Beschreibungen entbehrlich machen könnten, und endlich wird zu selten Beziehung genommen zu den Arbeiten anderer Autoren auf demselben Gebiete, die einzigen Verweise betreffen frühere Arbeiten des Verfassers und eine unter seiner Leitung ausgeführte Arbeit von *Paul Bardenheuer*. Allein man darf hier um so eher Nachsicht üben, als Verf. nicht als academischer Lehrer Gelegenheit findet, seine Gedanken tagtäglich vor dem Forum seiner Zuhörer zu schärfen und ihnen jene äussere Abrundung und Präcision zu geben, welche für ein Lehrbuch so nothwendig sind. Zu besonderem Danke muss man es vielmehr dem Verfasser anrechnen, wenn er neben seiner aufreibenden Praxis noch Zeit zu finden weiss zur Publication seiner an einem grossen Spital-Materiale gewonnenen Erfahrungen.

Der Peritoneal-Chirurgie neue Gebiete zu erobern, ist die eine Loosung dieses Werkes und die andere, die meisten Organe des Unterleibes dem palpirenden Finger sowohl wie dem Auge extraperitoneal zugänglich zu machen, dadurch eine exacte Diagnose der auf andere Weise nicht erkennbaren pathologischen Zustände zu ermöglichen und eventuell die chirurgische Behandlung direct anzuschliessen.

Die extraperitoneale Exploration des Abdomens übt Verf. von 3 Schnitten aus:

1. Vom Renal-Schnitte aus. Er besteht aus einem verticalen Längsschnitt vom medialen Ende der 11. Rippe bis zur Mitte der Crista ilei reichend und zwei horizontalen Querschnitten, welche dem Rippenbogen und der Crista ilei entlang entweder nach hinten gegen die Wirbelsäule oder nach vorne oder nach vorne und hinten geführt werden (vorderer und hinterer Thürflügel- und Doppelflügelschnitt). Es sind von diesem Schnitte aus die Milz, die Leber mit der Gallenblase und selbst die Gallenausführungsgänge, insofern sie erweitert sind, die Niere und ihre Gefässe, das Nierenbecken, die Nebenniere, der Urether, das Cöcum, der Processus vermiformis, das Colon ascendens und

descendens, die Flexuræ coli und sigmoidea, der Magen, das Pancreas, das Duodenum, die untere Fläche des Zwerchfells, die vordere der Wirbelsäule etc. abzupalpiren (p. 27).

2. Vom Symphysis-Schnitte aus. Bogenförmiger Schnitt vom äussern Drittel des Poupart. Bandes der einen Seite zur selben Stelle der andern Seite verlaufend durch Haut und Musculatur bis auf's Peritoneum. Blase, Uterus, Ovarien und die sämmtlichen Organe des kleinen Beckens lassen sich vom Schnitte aus palpiren und die nöthigen Operationen zum grössten Theil extraperitoneal ausführen (4 supravaginale und 1 totale Uterus-Exstirpation hat Verf. so ausgeführt).

3. Vom Thoracal-Schnitte aus. Schnitt zwischen den Enden der 12. Rippe parallel dem Rippenbogen durch das Epigastrium verlaufend; Durchtrennung sämmtlicher Weichtheile bis auf die äussere Fläche des Peritoneum. Dieser Schnitt ist indicirt bei subphrenischen Abscessen und Cysten und bei eingeklemmten Zwerchfellshernien.

Man vermisst leider genaue Angaben über die Verbandtechnik des Verf.; gewöhnlich werden die geschaffenen Wundhöhlen mit Thymolgaze austamponirt und die Heilung durch Granulationsbildung bezweckt; mehrmals wird auf die Möglichkeit der Anlegung einer Secundär-Naht hingewiesen.

Bei der Besprechung der verschiedenen Affectionen der Unterleibs-Organe, die Verf. sich als Gegenstand chirurgischer Behandlung denkt, geht er enorm weit, viel weiter wohl als irgend einer der jetzt lebenden Chirurgen schon gegangen. Die Casuistik umfasst nur die Operationen der letzten Monate und hiebei kann man in der That etwas ungehalten werden, wenn man stets Verweisungen auf frühere Veröffentlichungen und nirgends eine Zusammenstellung grösserer Operations-Serien trifft. Von besonderer Wichtigkeit sind die Fälle von Perityphlitis, Pericystitis und Perimetritis, deren operative Behandlung dem Verf. manche Thatsachen ergab, die sonst höchstens durch den patholog. Anatomen hätten klar gestellt werden können. *Kaufmann.*

Cantonale Correspondenzen.

Gesellschaft appenzellischer Aerzte. Meinen letzten, etwas verspäteten Brief aus dem Lande der sanitarischen Anarchie sandte ich mit einem reumüthigen „*Baader* peccavi“ nach Basel hinunter. Und nun ist dieser liebe *Baader*, der uns wahrhaft ein pater war, der wie ein Vater unsere Standesinteressen hoch hielt, dieser unser *Baader* ist leider nicht mehr. Wehmüthig gedenken wir seiner auch in unsern Bergen oben, und die warmen Abschiedsworte, die ihm am Grabe nachgerufen worden, sie widerhallten auch bei uns. Er ruhe in Frieden, der theure Freund!

Unsere ärztliche Gesellschaft führt ein gedeihliches Stillleben. Seit meiner letzten Correspondenz haben wir uns zweimal versammelt, in Appenzell und in Trogen. An ersterem Orte war es vor Allem Collega Dr. *Wiesmann* vom Krankenhause in Herisau, der uns mit einem längern chirurgischen Vortrage und zugehörigen Demonstrationen erfreute. 1) Totalamputation des Penis wegen ausgedehntem Carcinom. Dasselbe hatte sich bereits auf einen Theil des Scrotum erstreckt und in beiden Inguinalfalten mussten kranke Drüsenpakete mit entfernt werden. Der Mann, vor bald 2 Jahren operirt, hat bis jetzt keine Spur von Recidiv, sieht gut aus und gibt an, in ordentlichem Strahl uriniren zu können. 2) Geheilter Fall von multiplen Nasenpolypen, die eine osteoplastische Resection des Nasenbeins nothwendig machten, welche *W.* nach den Angaben *v. Langenbeck*'s (mit durch die Verhältnisse gebotener eigener Modification) ausführte. Am 18. Tage wurde Patient geheilt entlassen. 3) Geheilte Fistula buccalis, entstanden nach schwerem Typhus. Plastischer Schluss der Fistel. 4) Geheiltes Carcinom des rechten äussern Augenwinkels. Plastische Operation mit theilweiser Neubildung des obern und untern Augenlides. 5) Geheilte congenitale Epispadie. Heilung in 12 Tagen.

W. spricht ferner über seine Strumaexstirpationen. Zu 10 in früherer Sitzung besprochenen Fällen sind 11 weitere hinzugekommen. Von diesen sind 10 geheilt, meist innert 14 Tagen. Ein Fall verlief tödtlich. Es handelte sich um nachträgliche Entfernung eines grossen, hinter das Sternum hinuntergehenden Strumazapfens. Im Moment des Heraustretens desselben fing die Patientin sehr rasch zu athmen an und hörte nach wenigen Secunden ganz auf. Nach 5 Minuten zeigten sich bei 120 Puls-

schlägen wieder schwache Athemzüge. Der Puls wurde aber immer beschleunigter und 36 Stunden p. op. trat der Exitus ein. Jedenfalls handelte es sich um eine Störung der Vagusinnervation. Section konnte leider nicht gemacht werden. Im Fernern wurden gezeigt 2 gynæcologische Präparate, dasjenige einer Uterusexstirpation wegen multipler Myome und das einer Amputatio uteri wegen vollständiger Inversio vaginæ et uteri bei einer 72jährigen Frau. Beide Fälle sind geheilt.

Endlich ist noch erwähnenswerth das interessante Präparat eines malignen Lymphosarcoms, welches das ganze Mediastinum anticum ausgefüllt hatte. Collega *Sutter* demonstrirte ein bei einem kräftigen Manne plötzlich entstandenes Aneurysma arteriæ radialis, Collega *Römer* eine einseitige Facialisatrophie.

Die Sitzung in Trogen war durch verschiedene Verumständungen leider sehr schwach besucht. Dr. *Wiesmann*, dessen Bereitwilligkeit, uns auch hier mit einem Vortrag zu erfreuen, durch ein duftendes Paket angekündigt war, liess sich telegraphisch wegen eines Tracheotomiefalles entschuldigen. Der Medicus loci, Dr. *Zellweger*, wusste aber ebenfalls durch mehrfache Demonstrationen aus dem von ihm geleiteten Krankenhause des Mittellandes unser Interesse anzuregen. So zeigte er 1) einen Mann, bei dem er wegen Frostgangrän beide Füsse amputiren musste, rechts *Lisfranc*, links *Chopart*. Der Mann marschirt ganz ordentlich. 2) $1\frac{1}{2}$jähriges Kind mit einem colossalen angeborenen Hydrocephalus. Sämmtliche Maasse sind 5 cm. grösser als bei einem gleichaltrigen normalen Kind. Interessant ist, dass das Kind sich ganz ordentlicher Intelligenz erfreut. 3) „stigmatisirte Jungfrau“, eine wahrhaftige Blutschwitzerin. Es handelt sich um eine vasomotorische Neurose bei einem 12jährigen Mädchen, das bei Erkältung mit oder ohne psychischen Einfluss, oft aber auch ohne nachweisbare Ursache an Stirne und Wangen bei anscheinend unverletzter Haut circumscripte Röthungen bekommt, auf denen sich deutliche Bluttropfen bilden. 4) Einen hochinteressanten Fall demonstrirt *Z.* an Hand der langen Krankengeschichte, mehrerer Photographien und des Sectionsprotocolls, ein multiples Hautcarcinom. Bauch, Rücken, Kopfhaut und die Extremitäten sind durchsetzt mit zahlreichen bis kindskopfgrossen Tumoren. 13jähriger Verlauf. Zuerst Cancroid der rechten Ohrmuschel, das mehrfach exstirpirt wurde. Die multiple Entwicklung datirt erst seit einem Jahre, gestaltete sich aber zu einem wahren Unicum. Die Section (es handelte sich um eine 48jährige Jungfrau) wurde von Herrn Prof. *Roth* in Basel gemacht, der extra zu diesem Zwecke nach Trogen gekommen war. Ausser dem multiplen Hautcarcinom zeigte sich eine fibrosarcomatöse Entartung sämmtlicher Abdominalorgane. Auch die Demonstration eines noch jungen Mannes mit ausgedehnter Tuberculose der Haut des l. Ober- und Unterschenkels ist zu erwähnen. Patient ist schon zum dritten Mal im Spital und tritt jeweilen mit frischen Geschwüren, und allgemein heruntergekommen, wieder ein. Auf der Lunge ist nichts nachweisbar. Sie sehen, auch in unsern Bergen oben gibt es hie und da etwas Interessantes zu sehen und zu hören. Und die zweiten Acte, die sich jeweilen nach alter Väter Sitte anschliessen, geben jedesmal den Beweis, dass wir uns auch im Lande der sanitarischen Anarchie dennoch Humor und Lebensfrische zu bewahren gewusst haben. Allemal ertönt mehr oder weniger schön das alte und doch ewig junge Gaudeamus, und neu gestärkt geht es wieder heim zu den Penaten, und zu all' den Freuden und Leiden des practischen Landarztes.

Von den Erfahrungen, die wir mit unsern wilden Aerzten machen, einer ebenso gemischten als netten Gesellschaft, die nun aber einmal in Gottes Namen nach Volksbeschluss in unserer Mitte weilen darf, will ich lieber nichts sagen. Ich habe mir das letzte Mal in guten Treuen arg die Finger verbrannt. Was nützt es denn, wenn wir die Leute da mit Tauf- und Familiennamen anführen? Ihr könnt schneidig vorgehen, Ihr Collegen in Cantonen mit geordneten sanitarischen Verhältnissen! Stellt in Zürich diejenigen patentirten Aerzte an den Pranger, die sich in den Dienst eines Bergfeld, eines Fastenrat etc. begeben haben, und gegen fixes Salair mitschwindeln helfen. Verbietet in St. Gallen den in unserm Lande sich breit machenden Quaksalbern Sprechstunden in den Gasthöfen der Hauptstadt, Rorschach's, Altstätten's etc. abzuhalten. Ihr könnt Ordnung schaffen, wir können es nicht. . . . Doch da wird die Feder des Appenzellers, der an der Landsgemeinde auch seinen Eid geschworen, der Obrigkeit und den Gesetzen getreulich zu gehorchen, schon wieder unruhig. Schweig still, mein Herz. Es

ist besser, mit etwas Humor als mit Groll abzuschliessen, und daher erwähne ich nur das Unicum, dass unser „Bund“ [1]) in Bern letzter Tage ein Inserat brachte, wonach der weltberühmte Bruchazt, natürlich auch Dr., Krüsi, der, nebenbei bemerkt, zahlreiche Zeugnisse der berühmtesten Professoren und Aerzte über die Richtigkeit seiner Heilmethode zu besitzen vorgibt, sich nicht entblödet, anzuzeigen, dass er am 5. April, als am Tage der Schlachtfeier in Näfels, bei einem Schneider X. unentgeltlich zu sprechen sei und sich für Behandlung von Bruch-, Geschlechts- und Magenleiden angelegentlichst empfehle. „Niemand versäume diese günstige Gelegenheit!“

Heil dir, Helvetia, hast noch der Söhne ja! *Z.*

Genève. Observation de Somnambulisme hystérique avec dédoublement de la personnalité guéri par la Suggestion hypnotique, communiquée à la société médico-psychologique de Paris le 30 Janvier 1888 par le Dr. *Ladame.*

L'observation de somnambulisme hystérique sur laquelle je désire attirer quelques instants votre attention est relative à une jeune femme âgée de 27 ans, Mlle. X...

Au point de vue héréditaire nous remarquons que la mère, qui mourut à l'âge de 38 ans de phthisie du larynx, était atteinte déjà de somnambulisme et d'attaques de sommeil analogues à celles qu'à présentées notre malade. Le père de Mlle. X... est mort en 1875, à la suite d'une perforation intestinale le 12me jour d'une fièvre typhoïde. Je ne possède aucun renseignement sur son caractère et son tempérament. Suivant les dires de sa fille, il jouissait d'une très bonne santé et n'aurait jamais été alité avant la fièvre à laquelle il a succombé. La sœur de notre malade, âgée de 21 ans, a souffert pendant quelques mois de boiterie, probablement de coxalgie d'origine nerveuse. Mais elle est actuellement tout à fait guérie, comme j'ai pu m'en assurer récemment.

Quant aux antécédents personnels de Mlle. X... elle m'a raconté elle-même ce qui suit: La plupart de ses affirmations ont du reste été confirmées soit par sa jeune sœur, soit par son fiancé, car Mlle. X. est fiancée depuis le mois de mars 1887.

Dans sa première enfance elle éprouva une grande frayeur à la vue d'un incendie. C'est à la suite de cette peur, paraît-il, qu'elle devint somnambule. Elle se souvient très bien que son père et sa mère racontaient souvent le matin qu'ils avaient dû la chercher à la cuisine ou dans les corridors de la maison et la rapporter dans son lit, d'où elle s'échappait parfois à plusieurs reprises pendant la même nuit. Elle ne se souvient pas d'avoir fait des maladies graves pendant son enfance et son adolescence; mais les accès de somnambulisme n'ont jamais cessé; ils se renouvelaient même assez fréquemment. Elle apprit l'état de couturière et se plaça à Vienne en Autriche en 1886.

Au mois de Janvier 1887, étant à Vienne, elle faillit mettre le feu à la maison dans laquelle elle habitait. Elle avait renversé une lampe à pétrole allumée. On put se rendre maître de suite du commencement d'incendie que cet accident avait provoqué; mais Mlle. X fut bouleversée par l'émotion qu'elle éprouva. Elle tomba dans un sommeil profond et resta deux jours et deux nuits sans qu'on parvint à l'éveiller. Ce fut la première attaque de sommeil. Elle revint à Genève et dès lors les attaques se répétèrent. Bientôt on s'aperçut que la malade se réveillait parfois dans un état bien différent de son état normal, et avec un caractère qu'on ne lui connaissait pas. C'était une sorte d'état second pour nous servir de l'expression du Dr. *Azam.* De Janvier à Octobre 1887 le plus long intervalle pendant lequel Mlle. X. resta sans avoir d'attaque fut de 15 jours. En général les attaques de sommeil et le réveil dans „l'état second“ se répétaient coup sur coup pendant quelques jours, puis après un certain intervalle, de plus en plus court, se renouvelaient comme nous venons de le dire.

On comprend qu'un état pathologique semblable était intolérable pour la malade et son entourage, d'autant plus que les accès de somnambulisme continuaient comme par le passé presque toutes les nuits.

---

[1]) Auch die „Neue Glarner-Zeitung“ zählt in langem Inserate alle die Gebrechen auf, die „Dr. Krüsi auch brieflich“ vollständig zu heilen verspricht. — Das Verzeichniss der schweizerischen Blätter, welchen der Hehlerdienst, den sie gewissenlosen Quaksalbern zum Nachtheile des Publicums erweisen, jährlich ein gutes Stück Geld abwirft, repräsentirt eine lange Liste. — In Trogen ist es (wie ein fettes Inserat der Appenz.-Ztg. meldet) Herr Gemeinderath Kürsteiner, vor einem Jahre noch activer Secundarlehrer, bei welchem der „Dr. Krüsi“ anlässlich der Landsgemeinde „Nachm. 1—6 Uhr Consultationen bei Geschlechts-, Haut- und Magenleiden“ ertheilt. Red.



Au mois d'octobre 1887 pendant ses époques, la malade traversa une période particulièrement agitée. Son fiancé vint me trouver et me donna les renseignements suivants: Il y a un mois, me dit-il, en Septembre 1887, je me promenais avec elle le matin à 9 heures. Mlle. X. était dans sa crise, mais réveillée. (Cest-à-dire, dans l'état second). Au bout de quelques instants, elle se réveilla tout à fait. Je la regardai fixement, et soudain elle se rendormit. Mais je la réveillai très facilement par quelques frictions sur le front. Depuis ce moment, je l'endors et la réveille à volonté, bien que je n'aie pratiqué ce moyen que deux ou trois fois, lorsqu'elle ne voulait pas me dire ce que je lui demandais. Le jeune homme découvrit ainsi par hasard le pouvoir qu'il avait d'endormir et de réveiller à volonté sa fiancée. Il s'improvisa magnétiseur. Mlle. X. m'a affirmé à plusieurs reprises qu'elle n'a jamais été magnétisée par personne, ni à Vienne ni à Genève. — Cependant les attaques de sommeil étaient toujours plus fréquentes. Elles apparaissent à la moindre émotion, à la plus petite contrariété. Quand les accès sont imminents, elle a des battements de cœur; elle veut parler mais ne peut dire un mot; et c'est alors que le sommeil la surprend. Lorsque Mlle. X. s'endort d'elle-même et qu'elle se réveille dans son état second, son fiancé n'a plus aucun pouvoir sur elle; c'est en vain qu'il multiplie les passes, il ne parvient pas à l'éveiller. Au moment où elle tombe endormie, elle a toujours un frisson. On remarque pendant un certain temps, 20 à 25 minutes environ, un léger tremblement de tout son corps et un claquement de dents peu prononcé.

A la fin d'Octobre étant encore indisposée, elle eut une assez forte crise, à la suite d'une discussion avec son fiancé, et elle resta une journée entière dans l'état second. Je la vis alors pour la première fois dans cet état. Ce fut seulement le matin après la deuxième nuit qu'elle se réveilla dans son état normal. Pendant l'état second Mlle. X. change complétement de caractère. Douce, aimable et un peu molle à l'état normal, elle devient impatiente, méchante et impétueuse, mais active et travailleuse. Elle mange avec un meilleur appétit et digère beaucoup mieux qu'à l'état normal. Elle n'a plus de maux d'estomac. Elle chante, elle joue du piano; elle prend part à la conversation, riposte hardiment et a des mots qu'elle ne trouverait pas habituellement. Elle ne dit jamais de paroles grossières, mais elle a la main leste. Elle ne supporte pas la contradiction; elle distribue généreusement des taloches, et un jour elle disait à son fiancé „Allons mon ami, il faut nous marier de suite pour que je puisse te faire marcher". Revenue à l'état normal, elle ne se rappelle absolument rien de ce qu'elle a dit ou fait pendant l'état second, et elle n'a jamais voulu croire qu'elle s'est exprimée comme nous venons de le rapporter. — Elle a même une fois mordu son fiancé à la main, parce qu'il voulait l'empêcher de sortir. En effet, dans l'état second, elle résiste vigoureusement lorsqu'on essaye de la forcer à faire ce qui ne lui convient pas, et elle a alors une grande force musculaire. Elle se raidit et s'impatiente. Il est évident qu'il y a dans cette conduite un certain degré d'automatisme impulsif, comme on l'observe dans tous les cas de somnambulisme.

Au point de vue médico-légal est-elle responsable? Si elle venait à commettre un délit ou un crime pendant qu'elle est dans l'état second, devrait-on lui en faire porter la responsabilité? Je ne discuterai pas cette question en ce moment. Je me bornerai à vous dire que le fiancé de Mlle. X. ne la considère pas comme absolument imputable dans l'état second, bien qu'il la trouve fort désagréable. En tous cas il ne lui a pas gardé rancune de la morsure qu'elle lui a faite.

Le soir du 28 Octobre la malade sortit de son lit, au moment où elle venait de s'endormir, et ne voulut plus y rentrer de toute la nuit. Elle prenait la lueur du gaz pour un incendie. Le jour précédent il y avait eu réellement du feu à Plainpalais, faubourg de Genève, et comme d'habitude celà lui avait causé une vive émotion. Elle avait eu de violentes palpitations en apprenant qu'il y avait un incendie, et elle ne retrouva un peu de tranquillité qu'après avoir été sur le lieu du sinistre.

Peu de jours après, le 2 Novembre pendant la nuit, un nouvel incendie plus considérable éclate à Genève, dans les fabriques de St. Jean au bord du Rhône. Mlle. X. fut réveillée en sursaut par les cris „au feu", elle eut une très grande frayeur. Elle se leva et se rendit à St. Jean, accompagnée d'une amie, avec laquelle elle partage le logement. Le reste de la nuit, elle fut très agitée et circula sans cesse des chambres à la cuisine et dans les corridors.

Je la traitais depuis quelques jours par des séances d'électricité statique, car elle

n'avait pas voulu entendre parler d'hypnotisme. Elle vint donc chez moi le matin du 3 Novembre. Elle était dans son état normal, mais pâle et défaite, le regard éteint, signes manifestes de sa mauvaise nuit et de ses émotions. Elle n'offrait du reste aucun autre symptôme morbide, ni les stygmates de l'hystérie. Notamment la sensibilité était normale partout. Elle sentait très bien les piqûres d'épingles aux bras, aux mains et aux jambes. Pendant que je la soumettais aux étincelles électriques, je lui affirmai qu'elle les sentait beaucoup moins à gauche qu'à droite, et je lui fis remarquer qu'elle était même tout à fait insensible aux étincelles sur le bras et la jambe gauches. Elle se récria au premier abord, mais j'insistai en répétant de plus en plus catégoriquement mes affirmations. Sa conviction fut bientôt ébranlée, elle finit par ajouter foi à ce que je lui dis et me répondit: mais oui, c'est curieux, je ne sens plus rien à gauche. Au moment où la suggestion fut acceptée, Mlle. X. eut des frissonnements nerveux dans tout le corps, à 3 ou 4 reprises, puis sa tête se pencha, ses yeux se fermèrent, et elle s'endormit en poussant un long soupir. Elle était en résolution musculaire. Je la fis descendre du tabouret et je la fis asseoir sur un fauteuil où elle continua à dormir. A ce moment elle était totalement anesthésique. Nulle part elle ne percevait les piqûres d'épingles. Je la réveillai par suggestion, mais non sans difficulté. Elle paraissait égarée à l'instant du réveil, elle avait peur et me demanda anxieusement où elle se trouvait.

Je lui proposai alors de rechef le traitement par la suggestion hypnotique. Elle ne voulut point y consentir, mais je persuadai son fiancé qu'il fallait tenter ce traitement pour la guérir. Il insista auprès d'elle et à ce propos ils eurent une légère altercation pendant laquelle elle s'endormit subitement et resta en somnambulisme jusqu'au 5 Novembre. Le 7 elle arrive chez moi avec son fiancé. Elle est de nouveau dans l'état second, depuis une attaque de sommeil qui l'avait surprise la veille, au moment où elle jouait aux dames. Toute la nuit, elle a été en l'air. Son fiancé n'a pas pu la réveiller. Elle ne me reconnait pas et demande „qui est ce Monsieur“? Je fais des tentatives inutiles pour la réveiller. Elle prétend qu'elle ne dort pas et veut s'en aller. La journée du 7 tout entière se passe dans l'état second. Elle joue aux dames, touche du piano, chante, puis se dispute avec son amie, sa sœur et son fiancé. Elle mange avec grand appétit et travaille activement. Quand elle est dans son état normal, elle perd toujours au jeu de dames, mais lorsqu'elle est dans l'état second, elle gagne au contraire toujours, me disait son fiancé. Le lendemain je lui rend visite. Elle est encore dans l'état second. Elle ne me reconnait pas et me demande ce que je veux. Je lui dis qu'elle dort et que je viens la réveiller. Elle prétend qu'elle ne dort pas et dit „Il ne faut pas que ce Monsieur revienne“. Son pouls est tranquille, son allure n'offre rien de particulier, et si je ne savais pas qu'elle est dans son état second, je ne pourrais pas deviner qu'elle n'est pas dans son état normal. Sa mémoire est entière pour tout ce qui lui est arrivé auparavant, mais il lui arrive souvent de ne pas reconnaître les personnes de sa connaissance dans l'état prime. Elle me parle du Dr. *Ladame*, comme si elle s'adressait à quelqu'un qui lui est étranger et me dit: „Je dirai à Monsieur *Ladame* que vous avez voulu me réveiller quand je ne dormais pas,“ et lorsque je lui dis „mais c'est moi, le Dr. *Ladame*“ elle proteste vivement. Le 9 Novembre elle se réveille au matin dans son état normal, après une nuit plus calme. Elle ne peut comprendre que ce ne soit pas le 7, car elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé depuis le 6 au soir.

Le 10, séance d'électricité statique. A peine est-elle sur le tabouret qu'elle se met à trembler, elle pâlit, ses yeux se ferment et elle s'endort avant que je lui ai tiré des étincelles. Je suspend l'électrisation et je la réveille avec quelques difficultés. Elle sort de mon cabinet en disant qu'elle se sent „drôle“. Elle retombe en effet peu après dans l'état second. Dès lors jusqu'au 18, elle a eu plusieurs crises. Elle revient chez moi avec son fiancé le 18 au matin. Elle est dans l'état second depuis quelques heures. Je la fais asseoir sur un fauteuil et je lui répète avec insistance qu'elle dort. Elle finit par en être persuadée et s'endort en effet. Il m'est alors facile de la réveiller et de la ramener à son état normal. Elle consent enfin à tenter l'hypnotisme et nous prenons rendez-vous pour le 21. —

Elle arrive le 21 à l'heure convenue accompagnée de son fiancé. Son état est toujours le même. Les nuits très mauvaises. Je l'hypnotise facilement en lui fermant les yeux avec deux doigts et en lui disant „Dormez“. Je lui donne alors la suggestion de

dormir tranquillement pendant toute la nuit, sans rèves ni cauchemars. Je lui défends de sortir de son lit, je lui affirme qu'elle aura un très bon réveil et sera reposée. Je lui défends en outre de s'endormir pendant le jour. Elle est en résolution musculaire, anesthésique totale. Pas de contractures des membres par les frictions ou la relaxation des muscles. Je lui commande de se réveiller, mais elle ne bouge pas. Je ne parviens à l'éveiller qu'en écartant ses paupières et en soufflant dans ses yeux. Malgré la suggestion contraire, elle est maussade à son réveil, hébétée, comme sortant d'un profond sommeil et ne sachant où elle est. Elle ne me salue pas en sortant de mon cabinet de consultation.

Elle revient le 23 avec sa sœur et me dit qu'elle va beaucoup mieux. Elle dort toute la nuit, elle rève encore beaucoup, mais elle ne se lève plus, aussi est-elle reposée. Elle a retrouvé son humeur des bons jours. Nouvelle hypnotisation — mêmes suggestions que précédemment — mêmes difficultés pour réveiller la malade. Le réveil est meilleur cependant. Elle reprend bien ses sens et me quitte poliment. Le 2 Décembre elle revient avec son fiancé qui me dit qu'elle va très bien. Elle dort actuellement pendant toute la nuit, ne se lève plus, mais parle encore souvent en dormant. Je l'hypnotise et lui défend de parler pendant le sommeil. Je lui affirme qu'elle n'aura plus de rèves et qu'elle dormira tranquillement toutes les nuits. Je la réveille plus facilement. Elle dit qu'elle se sent beaucoup mieux.

Dès ce moment Mlle. X. n'eut plus aucune attaque de sommeil, et aujourd'hui elle se porte tout à fait bien. Je l'ai revue il y a 8 jours le 28 Janvier. Elle m'a dit qu'elle était entièrement guérie et qu'elle ne s'est jamais si bien porté. Elle travaille actuellement comme couturière dans un grand magasin de Genève de 8 heures du matin à 8 heures du soir, tous les jours sans se fatiguer et sans aucune envie de dormir.

Wochenbericht.

Schweiz.

XXXV. Versammlung des schweizerischen ärztlichen Centralvereins anlässlich des **II. allgemeinen schweizerischen Aerztetages,** Samstag, den 26. Mai 1888, in Lausanne.

Tagesordnung:

Freitag, den 25. Mai, Abends $7^1/_2$ Uhr: Empfangssitzung der Société vaudoise de médecine und gemüthliche Vereinigung (Abbaye de l'Arc).

Samstag, den 26. Mai, von 8—$10^1/_2$ Uhr: Besuch der Hospitäler (Cantonsspital, Augenspital, Irrenanstalt Cery, Kinderspital, orthopädisches Institut); $10^1/_2$ Uhr: Frühschoppen im Cercle du Beau séjour; $11^1/_2$ Uhr: Allgemeine Sitzung im Athenäum:

1) Eröffnungsrede des Präsidenten.
2) Discussionsthema: Organisation des schweizerischen Sanitätswesens. Referent in französischer Sprache: Dr. *de Cérenville*. Referent in deutscher Sprache: Präs. Dr. *Sonderegger*.
3) Behandlung der Kniegelenkstuberculose und ihre Resultate. Prof. Dr. *Kocher*.
4) Vortrag eines Collegen der französischen Schweiz über ein später bekannt zu gebendes Thema.

$1^1/_2$ Uhr Banket.

Sonntag, den 27. Mai. Bei guter Witterung: Spazierfahrt per Dampfschiff nach Montreux.

Verehrte Collegen! Wir freuen uns, Sie zu dieser von allen 3 schweizerischen Aerztevereinen besuchten, durch das freundliche Entgegenkommen der Société médicale de la Suisse romande veranlassten Versammlung einladen zu können. In strahlendem Frühlingsgewande erwartet uns die hehre Kapitale des Waadtlandes. Lassen Sie uns recht zahlreich dorthin pilgern, um wissenschaftliche Anregungen zu empfangen, alte Freunde zu sehen und neue zu finden, um für eine der wichtigsten uns beschäftigenden Fragen einzustehen und um das nationale Band, das uns Aerzte eines theuren Vaterlandes verbindet, enge zu knüpfen!

Im Namen des ständigen Ausschusses
des schweizerischen ärztl. Centralvereines:

Frauenfeld, 1. Mai 1888. *Haffter*, Präsident.



Ihre definitive Theilnahme am II. schweizerischen Aerztetag in Lausanne haben bis jetzt zugesagt: Bern 23, Zürich 22, Baselstadt 5, St. Gallen (Stadt) 3, Baselland 4, Schaffhausen 1, Rheinthal. Aerzteverein 1, Luzern 1, Thurgau 1, Glarus 2, zusammen 63 Collegen; ca. 20 weitere Collegen stellen ihren Besuch als wahrscheinlich in Aussicht. Gänzlich abgewunken haben: Urschweizerischer Aerzteverein und Appenzell, gewiss nur, um uns nachher — wenn die Mailüfte nach Lausanne locken — um so freudiger durch ihre Theilnahme zu überraschen.

Bern. Prof. Dr. *Lichtheim* hat den an ihn ergangenen Ruf nach Königsberg angenommen.

— **Wiederholtes Erkranken an Abdominaltyphus.** Hierüber berichtet Prof. *Eichhorst* in *Virchow*'s Archiv. Es steht ihm eine Statistik über 666 Kranke zur Verfügung, die er binnen 3 Jahren in Zürich behandelt hat. 28 Personen = 4,2% erkrankten mehrfach. Aber mit einem zweimaligen Erkranktsein ist die Typhusdisposition keineswegs erschöpft. Es gibt Fälle mit drei-, selbst viermaligem Erkranken an Abdominaltyphus. Ein 28jähriges Dienstmädchen erkrankte innert 5 Jahren 3 Mal, ein College in wenigen Jahren 4 Mal. Die Mortalität scheint dabei nicht geringer zu werden, und auch die Schwere der Erkrankung nimmt nicht ab mit der Häufigkeit derselben. Männer sind in höherem Grade als Frauen zu wiederholten Erkrankungen disponirt. —

Ausland.

— In Leipzig starb Dr. *R. Schildbach*, der bekannte Director des orthopädischen Instituts — in München der Kliniker Prof. *F. X. von Giell*, 85 Jahre alt.

— Die **deutsche Gesellschaft für Gynæcologie** hält vom 24.—26. Mai d. J. in Halle ihren 2. Congress ab.

— **Internationaler Ophthalmologen-Congress.** Der Heidelberger Ophthalmologen-Congress hat beschlossen, sein 25jähriges Bestehen dadurch zu feiern, dass er die vom 9.—12. August 1888 stattfindende Sitzung zum 7. internationalen Ophthalmologen-Congress erweitert.

— Als Einführender der Section für Hygieine der vom 18.—23. September d. J. in Köln tagenden **Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte** erlaube ich mir, zur Theilnahme an den Berathungen dieser Section freundlichst einzuladen mit der Bitte, Vorträge recht bald bei mir anmelden zu wollen.

Köln, 22. April 1888. Dr. *Lent.*

— **Medicinische Presse.** In Wien erscheint mit diesem Monat ein neues medicinisches Journal: Wiener klin. Wochenschrift. Die k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien hat es als ihr Organ erklärt. Seine Tendenz geht dahin, dem pract. Arzte das wichtigste Neue in conciser Form zur Kenntniss zu bringen, und das reiche casuistische Material der Wiener Krankenanstalten möglichst zu verwerthen. Eine Reihe der hervorragendsten Professoren Wiens, wie *Billroth*, *Breisky*, *Exner*, *Meynert* u. A. haben ihre ständige Mitarbeit zugesagt. Das Redactionscomité ist bestellt aus den Herren Prof. *v. Bamberger*, *Fuchs*, *Kundrat*, *Ludwig* und *v. Schrötter;* als Redactor zeichnet Dr. *G. Riehl.*

— **Antiseptica.** Nach *Othenstädt* sollen die Doppelsalze des Aluminiums bez. Thonerde mit Weinsäure stark wirkende Antiseptica von geringer Heftigkeit darstellen. Zur Herstellung des Doppelsalzes löst man 5 gr. basisch essigsauren Alaun und 2 gr. Weinsäure gesondert in je 100 gr. Wasser, mischt beide Lösungen sorgfältig mit einander und lässt die Mischung nunmehr abdampfen; es krystallisirt dann aus derselben das Doppelsalz heraus. Die Krystalle haben das Ansehen und die Form seidenglänzender Nadeln; der Geruch erinnert leicht an Essigsäure. Sie sind im Wasser leicht, im Alcohol unlöslich.

— **Bursa pastoris**, das allbekannte Hirtentäschlein (Capsella bursa pastoris) hat der Apotheker Bombelon in Neuenahr aus der Verborgenheit gezogen. Er empfiehlt es als eines der besten Blutstillungsmittel. Er fand in demselben Gerbstoff, das Alcaloid Bursin und eine Schwefelcyanverbindung. Um eine Blutung zu stillen, genügen 1—2 Theelöffel eines starken Extractes in Wasser. — (W. kl. W. Nr. 1.)

— **Behandlung torpider Geschwüre.** Dr. *A. Harbordt* in Frankfurt hat seit Jahren mit gutem Erfolg eine neue Methode geübt, die von Dr. *Späth* im Centralbl. f. Chir. Nr. 14 beschrieben wird.

Der Hauptgrund, weshalb torpide Unterschenkelgeschwüre vor Allem so wenig Neigung zur Heilung zeigen und warum die dünne Narbe so leicht wieder zerfällt, liegt in einer mangelhaften Ernährung der Gewebe in Folge der ungenügenden Blutzufuhr. Der Geschwürsgrund, sowie dessen derbe Ränder besteht aus straffem Bindegewebe mit wenig Blutgefässen — was selbstverständlich recht ungünstige Verhältnisse zur Regeneration neuen Gewebes abgibt. Der Grund vieler varicöser Beingeschwüre wird durch die straffe bindegewebige Muskelfascie repräsentirt, die kräftige und haltbare Granulationen trotz der mannigfaltig empfohlenen Reizmittel nicht aufkommen lässt.

H. empfiehlt nun, das ganze Geschwür der Länge nach bis weit in's Gesunde hinein zu spalten und in Abständen von ca. 2 cm. tiefe Querschnitte zuzufügen. Die Spaltung soll — das wird besonders betont — nicht nur die Haut, sondern auch die darunter liegende Fascie treffen und so weite klaffende Wunden schaffen. Die bisweilen reichliche Blutung wird durch die Tamponade gestillt und für ca. 8 Tage ein Jodoformverband angelegt.

Aus den klaffenden Spalträumen wuchern nun üppige Granulationen, die bald das Niveau der Haut erreichen und sich rasch mit Epithel bedecken.

Mit diesem Eingriff muss so lange gewartet werden, bis sich das Geschwür gereinigt hat. Ein Geschwür mit necrotisch stinkendem Belag derart operativ zu behandeln, wäre für den Patienten gefährlich.

Verfasser rühmt die durch sein Verfahren erzielte Verbesserung in der Qualität der Narbe und die Beschränkung der Neigung zu Recidiven.

Die beschriebene Methode ist übrigens nur eine (uns allerdings vorzüglich scheinende) Modification der schon früher geübten seitlichen Entspannungsschnitte und der von *Nussbaum* mit den nämlichen physiologischen Raisonnements empfohlenen Circumcision. —

— **Calomelinjectionen bei Syphilis.** Neuerdings wird diese von *Neisser* modificirte Behandlungsart der Lues von verschiedenen Seiten wieder warm empfohlen, und die wirklich zuverlässige Wirksamkeit der intramusculären Calomelöl-Injectionen durchaus bestätigt. Wir verweisen auf das in diesem Blatte gegebene ausführliche Referat pag. 743, Jahrg. 1887.

— **Das Photographiren des Auges bei Magnesiumblitz.** *Du Bois-Reymond* machte in der Berliner physiolog. Gesellschaft eine sehr interessante Mittheilung hierüber. Die Pupillenweite des Menschen bei völliger Dunkelheit konnte bisher beim Licht des electrischen Funkens gesehen werden. Messungen waren unmöglich.

Durch die Erfindung der Magnesiumblitz-Photographie ist nun ein einfaches Mittel zu solchen Messungen gefunden. Das Blitzpulver — eine feinkörnige Mischung von Salpeter und Magnesium — verbrennt in so kurzer Zeit und mit solcher Lichtentwicklung, dass ein Photogramm des Auges in völlig dunklen Räumen aufgenommen werden kann, das die Pupille noch in höchster Erweiterung zeigt. Der Beginn ihrer Lichtreaction fällt erst in die nachfolgende Dunkelheit.

Die Iris erscheint nach $^1/_4$stündiger Ruhe im Dunkeln als 1,5 mm. breiter Saum. Der Durchmesser der Pupille beträgt in ihrem horizontalen Meridian 10 mm. bei 18 mm. Hornhautbreite. *R.* glaubt, dass durch diese ophthalmoscopische Photographie, wobei die Verengerung der Pupille, der Lidspalte, und die Augenbewegungen ausgeschaltet sind, bald höhere Aufgaben einer Lösung zugeführt werden dürften. (D. med. W. Nr. 13.)

— **Gegen Pediculi** wird folgende Mischung empfohlen: Acid. salicyl. 2—3,0, Acet. vini 25,0, Alcohol 75,0. Sollte sich dieses Mittel bewähren, so dürfte es bei weitem der Quecksilbersalbe vorzuziehen sein.

— **Glycerin als Purgans.** Dr. *Seifert* von Würzburg erzählt einen Fall von Obstipation, bei dem die Anwendung von Schweizerpillen von sehr üblem Erfolge war. Er versuchte hierauf in der Praxis das *Oidtmann*'sche Purgativ und war von dessen prompter Wirksamkeit sehr befriedigt. Als indessen einige übereinstimmmde Untersuchungen den Hauptinhalt dieses Purgativs als Glyerin erkannten, versuchte *v. Vamotty* und auch *Seifert* dasselbe direct zu appliciren. Der Erfolg war überraschend. 2—5 gr. Glycerin. pur. per Clysma in den Mastdarm eingebracht, riefen in wenigen Minuten Stuhlgang hervor, ohne irgend welche unangenehme Nebenerscheinungen. Die Wirkung erklärt sich aus der Eigenschaft des Glycerins, gierig Wasser anzuziehen. Dadurch wird im Mastdarm eine locale Hyperämie, Reizung der sensiblen Nerven und auf reflectorischem Wege Peristaltik ausgelöst.

Seifert führt eine Reihe befriedigender Erfolge auf und hat das Verfahren auch mit grossem Vortheil in der Kinderpraxis versucht. Es empfiehlt sich seiner Einfachheit, Bequemlichkeit und Billigkeit halber. (M. m. W. Nr. 9, 1888.)

— **Hydrargyrum salicylicum.** Dieses neue Präparat wird nach Dr. *Paschkis* (Wien. med. W., Nr. 12) dargestellt durch Fällung einer Lösung von salpetersaurem Quecksilber mit salicylsaurem Alkali und erscheint nach dem Waschen und Trocknen als weisslich-graues Pulver. Es ist in Wasser nicht, wohl aber in absolutem und verdünntem Alcohol löslich. Für subcutane Injectionen empfiehlt er: Rp. Hydrarg. salicyl. 0,10, Spir. vini rectific. 4,0, Aqua destill. 6,0. Zu Injectionen in die Urethra oder Vagina: Rp. Hydrarg. salicyl. 0,20, Spir. vini rectific. 50,0, Aq. destill. 95,00.

— **Hemikranie.** *Dujardin-Beaumetz* empfiehlt folgenden Trank: Rp. Coffeïn 0,25, Natr. salicyl. 0,25, Cocaïn. mur. 0,10, Aq. Tiliæ 60,00, Syrup. 20,00.

S. Beim Beginn des Anfalls das Ganze auf einmal zu nehmen. —

— **Terpentinöl als Hæmostaticum bei Nasenbluten.** *Billroth* empfiehlt Terpentinöl seiner blutstillenden Eigenschaften wegen. Dr. *Ernyei* in Budapest wandte es in einem Fall von unstillbarem Nasenbluten an, das bereits 8 Tage lang dauerte und wobei alle topisch und interne angewandten Mittel im Stiche liessen. Auf die Application von drei in Terpentinöl getauchten Tampons stand die Blutung sofort und kehrte nicht wieder. —

— **Zur Behandlung der Pharyngitis chronica** empfiehlt Dr. *Weil* in Stuttgart Pinselungen mit unverdünntem Holzessig — Acetum pyrolignosum crudum. Es entsteht zunächst ein starkes Brennen, das aber nicht lange anhält; die Schleimhaut blasst ab und wird angeätzt. Nach 2 Tagen fühlen sich die Patienten freier im Hals — der Schleim geht leichter ab. Die Application erfolgt 2 Mal in der Woche. Bei Pharyngitis sicca wurde kein rechter Erfolg erzielt. — (M. m. W.)

Stand der Infections-Krankheiten.

		Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperalfieber	Parotitis	Variola	Rubeola
Zürich u. Aussengem.	8. IV.-14. IV.	3	—	—	13	1	6	1	1	—	—	—
	15. IV.-21. IV.	—	—	—	18	1	6	4	1	—	1	—
Bern	1. IV.- 7. IV.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	8. IV.-14. IV.	1	—	—	—	3	2	—	—	—	—	—
Basel	11. IV.-25. IV.	45	1	6	3	1	17	12	1	4	—	4

In Basel sind von den Scharlachfällen 18 auf dem Südostplateau, 13 in Kleinbasel; 20 Erkrankte sind im Schulalter, 7 Erwachsene, 2 besuchen Kleinkinderschulen. Die angezeigten Fälle von Rötheln sind in einer Strasse, ebenso die Keuchhustenfälle; Ursprung des Masernfalles unbekannt.

☞ Alle Zusendungen für die Redaction sind an Herrn Dr. *E. Haffter* in Frauenfeld, Correcturen, Abonnementsbestellungen, Inserate und Adressenänderungen dagegen an Herrn *Benno Schwabe*, Buchhändler in Basel, zu richten.

☞ Hülfskasse für Schweizer Aerzte. Alle diesbezüglichen Correspondenzen und Geldsendungen sind an Herrn Dr. *Th. Lotz-Landerer* in Basel zu adressiren.

Zuschriften in Sachen des ärztlichen Centralvereins sind an Herrn Dr. *E. Haffter* in Frauenfeld als derzeitigen Präsidenten zu richten.

Berichtigung.

Irrthümlicher Weise wurde an der Spitze der letzten Nummer des Correspondenz-Blattes gemeldet, dass der bisherige Redactor desselben, Dr. Garrè, als Docent der Bacteriologie nach Tübingen berufen sei. Den Thatsachen entsprechend berichtigen wir heute, dass unser Freund als I. Assistent der chirurgischen Klinik und Docent für Chirurgie an genannter Universität sich befindet, während die Bacteriologie schon seit einigen Jahren in ausgezeichneter Weise durch unsern Landsmann Prof. Nauwerk vertreten ist.

Redaction.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats.
Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 12. — für die Schweiz, Fr. 14. 50 für das Ausland. Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. E. Haffter

in Frauenfeld.

N°. 10. XVIII. Jahrg. 1888. 15. Mai.

„Fahne hoch! Auf nach Lausanne!“

Diese Worte schrieb mir Freund *Baader* mit seinem historischen Blaustift auf ein Blatt Papier, als in der letzten Sitzung der schweiz. Aerztecommission Bedenken über das Gelingen des Lausanner-Aerztetages geäussert und die Besorgniss ausgesprochen wurde, es möchte die weite Entfernung des Versammlungsortes für die meisten Mitglieder des Centralvereins einen Grund zum Nichterscheinen bilden. Die vertrauensvolle Begeisterung *Baader*'s war es denn auch hauptsächlich, welche die Aerztecommission an der Wahl Lausannes als Festort festhalten liess und dass das Vertrauen ein berechtigtes war, beweisen die bis zur Stunde beim Präsidenten des Centralvereins eingegangenen ca. 75 Anmeldungen, denen im Verlaufe des die Wanderlust und das Freundschaftsbedürfniss weckenden Wonnemonats gewiss noch andere folgen werden. Es ist ja wahr, Lausanne liegt weit ab; aber lieber Freund — so eingerostet und hausbacken bist du nicht, dass dich die paar Stunden Eisenbahnfahrt, welche in Gesellschaft lieber Collegen an und für sich schon ein Vergnügen sind, von dem Besuche eines schweizerischen Aerztetages zurückhalten könnten, zumal derselbe dir Gelegenheit gibt, einen der schönsten Flecke unserer vaterländischen Erde im Frühlingsglanze zu sehen. Wie wird dich das erfrischen nach den Mühen des langen Winters; neu belebt durch den Verkehr mit alten Freunden und Collegen, wissenschaftlich angeregt, in gehobener Stimmung wirst du wieder an deine Berufsarbeit gehen und deine Familie und deine Kranken werden es dir Dank wissen, dass du die Wintersorgen weggeworfen hast und mit geglätteter froher Stirne, den Frühling auch in deinem Innern, wieder zu ihnen zurückkehrst.

20



Erinnere dich doch daran, was du jeweils beim Nachhausefahren von unsern ärztlichen Versammlungen dachtest: dass es eine grosse Wohlthat, ein wirkliches Lebensbedürfniss, eine nachhaltige Erfrischung für dich war, mit den Collegen zusammen zu sein und an den lodernden Altären der Wissenschaft und Freundschaft dein Privatfeuerchen neu anzufachen. Freilich, unter den Alltagsmühen wird die Flamme oft bald wieder klein und kleiner und glimmt hie und da nur noch unvermerkt unter einer Kruste; aber — Freund — ritze nur daran „mit der Erinn'rung Tatzen“ und es bricht hervor mit Macht, wie das lebendige Feuer unter der erstarrenden Lava und erhärtet dir rasch deine Unentschlossenheit zur That: auf nach Lausanne!

Die Tractanden sind wichtig. Was unser *Baader* an der letzten Versammlung in Olten als zunächst zu erstrebendes Ziel uns vor Augen führte — die Organisation des schweizerischen Gesundheitswesens — soll discutirt und Beschluss darüber gefasst werden. Es ist schon um dieser Cardinalfrage willen dringend nöthig, dass wir recht zahlreich erscheinen. Ausserdem werden wir von bewährten academischen Lehrern Gediegenes hören und durch unsere Collegen der Société médicale de la Suisse romande und speciell des Festortes so viel Liebenswürdiges erfahren, dass diese Lausanner Frühjahrsversammlung bei allen Theilnehmern als freundliche und inhaltsschwere Erinnerung fortleben wird!

Also auf Wiedersehen am 25./26. Mai an den Gestaden des schönen Genfersee's.

Original-Arbeiten.

Ruptur der Sehne des rechten M. quadriceps femoris. Sehnennaht.

Von Dr. **C. Kaufmann**, Docent in Zürich.

Das therapeutische Interesse, welches die Fracturen der Kniescheibe und die Verletzungen ihres Bandapparates gegenwärtig geniessen, veranlasst die folgende Mittheilung:

Der 48jährige Hr. G. verletzte sich den 22. October 1886; er wollte die Kellertreppe hinunter, blieb mit dem rechten Absatze an der Trittkante hängen und hatte nun, wie er sich an der Lehne hielt und zugleich den Fall vermeiden wollte, das Gefühl eines Risses am rechten Knie. Er ging noch einige Tritte tiefer, konnte dann aber nicht mehr vorwärts schreiten. Der gleich gerufene Hausarzt, Herr Dr. *V.* in H., constatirte die typischen Zeichen unserer Verletzung: Unmöglichkeit das Bein zu heben, sehr deutlicher, 1 Zoll breiter „leerer Raum“ über der rechten Kniescheibe. Das Knie wurde eingebunden und in gestreckter Stellung gelagert.

Ich sah den Pat. am folgenden Morgen. Das rechte Knie ist gar nicht geschwollen und keine Hautverfärbung oder Difformität an demselben bemerkbar; im Gelenke kein Erguss. Der obere Rand der Kniescheibe ist in ganzer Ausdehnung scharf durchzufühlen; die Haut lässt sich so weit eindrücken, dass die Fingerspitze etwa 2 cm. tief um die Knochenkante herum auf die hintere Fläche vordringt, wobei die Patella sich wohl $1^1/_2$ cm. von der Femur-Gelenkfläche abheben lässt.

Die Rinne, der sog. leere Raum über der Kniescheibe, ist 3 cm. breit, ihre untere Begrenzung bildet die Patellar-Kante in eben beschriebener Weise, die obere verläuft quer als etwa fingerdicker Wulst, welcher in den Muskel übergeht; nach den Seiten ist die Verflachung eine allmälige; stärker gespannte Faserzüge sind nicht nachweisbar; die Länge der Rinne beträgt etwa 6 cm.



D i a g n o s e: Ruptur der rechtsseitigen Quadriceps-Sehne an ihrem Ansatze an der Patella, ohne Betheiligung des Kniegelenkes. Diastase etwa 4 cm. Völlige Aufhebung der Function des lädirten Muskels.

Den 27. October, 5 Tage nach der Verletzung, ist der Status kaum verändert, es fehlt namentlich jeglicher Gelenkerguss. Deswegen wird nun als sicherstes Mittel für eine gute Heilung dem Pat. die Sehnennaht vorgeschlagen und von letzterem auch sofort acceptirt.

O p e r a t i o n: In Narcose wird an der Stelle der Verletzung ein 10 cm. langer, quer verlaufender Hautschnitt geführt und der obere Rand der Kniescheibe freigelegt. Sofort wird nun klar, dass die subquadricipitale Gelenktasche breit eröffnet ist; zwei Finger können leicht unter der Patella gegen die Gelenkspalte vordringen. Um den Muskel zu Gesicht zu bekommen, wird auf die Mitte des ersten ein 4 cm. langer, senkrechter, zweiter Hautschnitt geführt. Der Muskelrand steht 4½ cm. über der Patella und ist leicht gewulstet, rein fleischig, ohne irgend welche Andeutung von sehnigem Gewebe. Ein schwärzliches, strohhalmdickes, 4 cm. langes Coagulum liegt schief am Muskelende in der Rissstelle, das einzige Zeichen einer stattgehabten Blutung. Die unverletzten Ränder der Mm. vasti treten an den beiden Winkeln des Querschnittes hervor. Die Beschaffenheit des Muskelrandes spricht dafür, dass die Sehne vom Muskel abgerissen sei; die Sehne selbst aber kann in der Wunde nicht unmittelbar gesehen werden. Wie der obere Patellar-Rand mit einem Resectionshaken nach vorne gezogen wird, zeigt sich, dass die Sehne ganz unter die Kniescheibe eingestülpt und mit ihren längsten Fasern unter den Vastus internus und gegen die Gelenkspalte vorgeschoben ist. Der Sehnenstumpf, leicht mit der Umgebung und die einzelnen Sehnenstreifen unter sich verklebt, wird aus der Gelenkhöhle hervorgezogen und völlig entfaltet; seine Verbindung mit der Kniescheibe ist nicht alterirt. Sein freies Ende überragt den Muskelrand um 2 cm.; die am längsten vorstehenden Sehnenbündel werden mit der Scheere gekürzt, um eine möglichst exacte Anlegung an den Muskelrand zu erzielen. Durch eine enge Reihe Muskel und Sehne in ganzer Dicke fassende Catgut-Knopfnähte wird die Sehnen-Muskelnaht besorgt, darüber der Hautschnitt exact vernäht und im äusseren Winkel ein kurzer Cautschukdrain unter die Kniescheibe vorgeschoben. Während der Operation Sublimat-Antisepsis; Verband mit Jodoform-Gaze und Holzwollekissen; Lagerung des Beines auf einer *Volkmann*'schen Schiene.

V e r l a u f ganz glatt: am 10. Tage Wunde völlig geheilt; Pat. steht 4 Wochen nach dem Unfalle auf und erholt sich rasch. Ich sah ihn den 6. Mai 1887: Die T-förmige Hautnarbe ist ganz lineär; 1 cm. über ihrem querverlaufenden Theile fühlt man deutlich eine fingerdicke, härtliche Leiste zwischen Muskel und Kniescheibenrand. Der Oberschenkel ist nicht atrophisch; die Gelenkbewegungen sind glatt, das Knie kann aber nur bis 90° flectirt werden. Pat. geht schmerzlos, ohne zu hinken. Den 2. December 1887, 14 Monate nach der Verletzung, constatirte ich die völlige Wiederherstellung der Function des Kniegelenkes; die Flexion ist ganz normal; Pat. spürt keine Folgen seines Unfalles mehr.

Nicht die Seltenheit des Vorkommens unserer Verletzung veranlasste die Veröffentlichung dieses Falles; hat doch *Maydl* in seiner wichtigen Arbeit [1]) 61 Fälle von Zerreissungen im Gebiete des Quadriceps femoris und seiner Sehne zusammengestellt, und seither sind noch mehrere Fälle hinzugekommen. Das Interesse des Falles liegt einmal in der am 5. Tage nach der Verletzung beim operativen Eingriffe vorgenommenen genauen Untersuchung der verletzten Theile und in dem hiebei erhobenen Befunde. Ich hebe daraus nur hervor die breite Eröffnung der subquadricipitalen Gelenktasche bei völligem Mangel eines Gelenk-Ergusses und die durch ein einziges schmächtiges Coagulum bezeichnete Blutung an der Stelle der Verletzung. Gegenüber den gewöhnlichen Angaben, wonach sich die Rissstelle

[1]) *Karl Maydl:* Ueber subcutane Muskel- und Sehnenzerreissungen, sowie Rissfracturen etc. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 17. Leipzig, 1882, p. 517.



bald mit geronnenem Blute fülle und bei Gelenk-Eröffnung die Zeichen eines Ergusses im Gelenke folgen, von Blut oder reichlich secernirter Gelenkflüssigkeit herrührend, ist unser Befund recht auffällig und verdient Beachtung.

Am wichtigsten jedoch scheint mir der genaue Nachweis der Art der Verletzung und das auffällige Verhalten der Quadriceps-Sehne.

Es handelt sich in meinem Falle um eine Ausreissung des Muskels aus den Sehnenfasern, um ein Décollement nach *Sédillot*. Hiebei ist die Sehne unter die Kniescheibe in das Gelenk-Cavum hineingeschoben. Diese Dislocation der Sehne ist offenbar die Folge der bei der Untersuchung von dem Hausarzte und mir vorgenommenen Palpation. Indem es gelang, den obern Kniescheibenrand durch die Haut hindurch zu umgreifen, war man unmittelbar versucht, möglichst tief hinter die Patella vorzudringen, hiebei wurde natürlich die schlaffe, fächerförmig ausgebreitete Sehne in der geschilderten Weise zusammengerollt und unter die Patella geschoben. Weder der Hausarzt aber, noch ich selbst hatten vor Freilegung der Verletzungsstelle eine Ahnung von der Möglichkeit einer solchen Dislocation durch die Untersuchung, und wir beide glaubten, es handle sich um einen Abriss der Sehne vom Knochen, weil der letztere so deutlich an seinem oberen Rande zu palpiren war. Der Nachweis der Ruptur an der Uebergangsstelle des Muskels in die Sehne ist in dieser Art hier zum ersten Male meines Wissens exact geführt worden.

Sédillot hat behauptet, dass unsere Verletzung am öftesten in der Ausreissung der Muskelfibrillen aus den Sehnenfasern bestehe. *Nélaton* machte gegen diese Annahme geltend, dass die Rinne an der Verletzungsstelle quer verlaufe und ihre Ränder steil abfallen und einander parallel seien; bei der Ruptur an der Uebergangsstelle des Muskels in die Sehne müsste ferner das Sehnenende die Form der Muskelendigung nachahmen, also einen winkligen, mit der Spitze gegen die Patella gerichteten Rand zeigen. *Maydl*[1]) bestätigt die Ansichten von *Nélaton* durch die Angaben, die er über die Stelle der Ruptur in seiner Casuistik findet. Sie stützen sich aber natürlich nur auf den Befund der Palpation der Verletzungsstelle durch die intacte Haut hindurch. Wie wenig sichere Anhaltspunkte dabei gewonnen werden, und wie leicht der Untersuchungsbefund zu Täuschungen über Ort und Art der Verletzung Veranlassung gibt, zeigt unser Fall unmittelbar. Ich wage natürlich aus einer einzigen Beobachtung keine weiteren Folgerungen zu ziehen, immerhin fordert sie aber dazu auf, die Angaben über unsere Ruptur an geeigneten Fällen neuerdings wieder zu prüfen.

Einer besonderen Entschuldigung bedarf vielleicht der operative Eingriff. Die durch die Arbeiten von *Maydl*, *Hamilton*, *Brunner* und *E. Beck* hervorgerufene Opposition gegen die blutige Behandlung der subcutanen Kniescheibenbrüche wird wahrscheinlich auch für unsere Verletzung in allen Fällen, wo keine äussere Wunde besteht, einen operativen Eingriff überflüssig finden. Allein die Resultate der unblutigen Behandlung der Ruptur der Quadriceps-Sehne, wie sie *Maydl*[2]) von 61

---

[1]) l. c. p. 514.
[2]) Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 18, p. 108.

Fällen berichtet, lassen sich kaum mit den von den Patellar-Brüchen bekannten Resultaten vergleichen. In den 61 Fällen wurde vollständige Heilung 28 Mal erzielt; veraltet kamen 7 Fälle in Beobachtung mit schweren Functionsstörungen; in 13 Fällen ist der Erfolg nicht angegeben und in 13 Fällen werden verschieden schwere functionelle Störungen erwähnt. In Hinblick auf solche Resultate hatte *Lossen*[1]) offenbar allen Grund, die Sehnennaht zu empfehlen.

In der mir zur Verfügung stehenden Literatur habe ich nur 2 Fälle von subcutanen Verletzungen finden können, bei denen der Eingriff unternommen wurde. *Lister*[2]) operirte einen veralteten Fall:

Den 1. Juni 1877 legte er unter antiseptischen Cautelen die Verletzungsstelle am linken Knie bei einem 64jährigen Manne bloss, welcher sich im Februar 1873 die rechte und im Mai 1874 die linke Quadriceps-Sehne rupturirt hatte und in Folge davon arbeitsunfähig war. Die Vasti wurden seitlich von der Kniescheibe gelöst und gegen die Mittellinie zusammengebracht, so dass sie sich mit dem fibrösen Ueberzuge der Patella vereinigen liessen. Das Resultat war befriedigend: Bei der Entlassung den 28. October 1877 konnte Pat. das Bein mit leicht gebeugtem Knie erheben und letzteres von 157—110° beugen. Für das rechte Knie erhielt er einen Schutzapparat. In der Krankengeschichte wird ausdrücklich angegeben, dass bei der Operation die Sehne des Rectus nicht gesehen wurde.

Die Operation bei einem frischen Falle beschreibt neuerdings *V. Midelfart*[3]); ich kenne den Fall aus folgendem Referate[4]):

Ein 12jähriger Knabe war gegen einen scharfen Stein gefallen und wurde am folgenden Tage angeblich wegen Querfractur der Patella in's Krankenhaus gebracht. Bei der Untersuchung war das obere Fragment nicht zu fühlen, während das untere ganz unbeweglich war. Das Knie soll unmittelbar nach der Verletzung gebeugt gewesen sein, wurde dann aber passiv gestreckt und in dieser Stellung fixirt. Um das vermuthete untere Fragment beweglich zu machen, wurde das Kniegelenk eröffnet, und es zeigte sich, dass die Quadriceps-Sehne vom oberen Rande der Kniescheibe abgerissen und letztere selbst zwischen Femur-Condylen und Tibia in der Gelenkspalte eingekeilt war. Als Patellar-Fragment hatte also der nach vorne gerichtete untere Rand der Patella mit dem stark gespannten Lig. patellæ imponirt. Nach Reposition des Knochens Naht der Kapsel und der Haut; es trat ungestört Prima intentio ein.

Für mich ergab sich die Indication zur Operation aus folgenden Erwägungen: Eine Behandlung mit Massage war nicht indicirt, weil bei Mangel jeglicher Schwellung im Bereiche der Verletzung und des Gelenkes eben nichts zu massiren war. Die Behandlung mit einfacher Lagerung fürchtete ich für meinen Pat. wegen der dabei sehr wahrscheinlich resultirenden Insufficienz des Quadriceps, falls die Vernarbung an der Stelle der Verletzung auch eintreten würde. Der Befund bei der Operation hat nun gezeigt, dass letztere einzig Verhältnisse schaffen konnte, welche eine befriedigende Heilung ermöglichten.

Die eben erwähnte Insufficienz der M. quadriceps ist von *Lücke*[5])

---

[1]) Deutsche Chirurgie Liefg. 65, p. 158.

[2]) *Robert Roxburgh:* On a case of rupture of the Quadriceps extensor cruris in both limbs. Operation. Lancet, 1878, II, p. 247. Vgl. *W. Cheyne*: Die antiseptische Chirurgie. Uebersetzt von *F. Kammerer*. Leipzig, 1883, p. 402, Nr. 12.

[3]) Norsk Mag. för Lägevid. Juli, 1887.

[4]) Centralbl. f. Chirurgie 1888, Nr. 3, pag. 56: Eine seltene Luxation der Patella (Ref. von *Lauenstein*).

[5]) *Lücke:* Ueber die traumatische Insufficienz des M. quadriceps femoris und verwandte Affectionen an Schulter und Hüfte. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 18. Leipzig, 1883, p. 140.

zuerst genau studirt worden. Herr Prof. *Socin* betonte am letzten schweiz. Aerztetag ihre Wichtigkeit bei den Patellar-Brüchen.[1]) *Ceci* hat neuerdings in Verbindung mit *Smulny* experimentelle Untersuchungen über die Quadriceps-Atrophie veröffentlicht.[2]) Er nimmt an, dass sowohl die directe Verletzung des Muskels während des Trauma als die andauernde Inactivität und endlich die dem Grade der Fragment-Diastase entsprechende Annäherung der Muskelinsertionspunkte, also die Verkürzung des Muskels als ätiologische Momente der Atrophie anzusehen seien. Experimentell stellte er fest, dass die verkürzten Muskeln in Folge ihrer Unthätigkeit von progressiver Atrophie betroffen werden, welch' letztere in directem Verhältnisse zur Dauer der Inactivität stehe; ausserdem kommen in den verkürzten Muskeln unmittelbar nach der Verletzung Veränderungen im Blutgehalte vor, die zu Beginn des atrophischen Processes noch bestehen.[3])

Alle diese Momente scheinen mir jedoch die bei den Patellar-Brüchen und den ihnen ätiologisch so nahe stehenden Verletzungen der Quadriceps-Sehne und des Ligamentum patellæ zu beobachtende Quadriceps-Insufficienz noch nicht genügend aufzuklären. *Ceci* kann ich vor Allem entgegenhalten, dass bei den Oberschenkelbrüchen zuweilen so hochgradige Verletzungen des Quadriceps vorkommen und zumal bei der Behandlung mit Gypsverbänden ebensolche Verkürzung und langedauernde Inactivität des Muskels und trotzdem sah ich danach die Gelenksteifigkeit und ihre Folgen, niemals aber die Quadriceps-Insufficienz so in den Vordergrund treten, wie bei den uns hier interessirenden Verletzungen. Was meine Erfahrungen über letztere betrifft, so beobachtete ich die Quadriceps-Insufficienz gar nicht bei einem 32jährigen Manne, der zweimal innert Jahresfrist seine rechte Kniescheibe beim Tanzen brach und jedesmal einige Wochen in einem Verbande lag (das erste Mal Patellar-Naht nach *Lister* am 10. Tage bei prall mit coagulirtem Blute erfülltem Gelenke und grosser Diastase der Fragmente; das zweite Mal peripatellare Naht nach *Kocher* unmittelbar nach der Verletzung; glatte Heilung, zuletzt mit kurzer fibröser Zwischensubstanz und guter Gelenkfunction); wohl aber bei einer 56jährigen Frau ebenfalls mit querem, einfachem Kniescheibenbruch, die 6 Wochen in einer Kapsel gelagert zu Bette war. Am hochgradigsten traf ich sie bei einem 41 Jahre alten, ungemein kräftigen Manne, welcher sich Mitte Mai 1887 beim Ausgleiten auf dem Boden eine Ruptur des rechten Lig. patellæ in seiner Mitte zuzog, danach 6 Tage zu Bette lag, seither mit Hülfe von Stöcken herumging und massirt wurde. Wie ich den Pat. im December 1887 sah, bestand hochgradige Atrophie des Quadriceps, zumal im Bereiche des Rectus femoris und des Vastus internus, die nur minimale electrische Erregbarkeit zeigten, während diese beim Vastus externus wenig geschwächt war. Was mag hier der Grund für die schweren Störungen im Bereiche des Quadriceps sein? Man kann gewiss nur annehmen, dass sie mit dem Trauma in einem allerdings noch nicht genauer bekannten Zusammenhang stehen. Die Ruhelage darf nicht beschuldigt

---

[1]) Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte Jahrg. 17, 1887, p. 366.
[2]) Gazzeta degli Ospitali 1887, p. 556.
[3]) *A. Ceci:* Klinischer Beitrag zur operativen Behandlung der Patellar-Fracturen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 27. Leipzig, 1888, p. 245.

werden, da Pat. vom 7. Tage nach der Verletzung ab beständig herumgegangen, anfangs an Krücken, dann mit Stöcken und sich bis zu dem Momente, wo ich ihn sah, Mühe gegeben, durch Aufwand aller Energie ein brauchbares Bein zu bekommen. Auch wurde er stets massirt. Das zerrissene Band ist, wie die Untersuchung ergibt, geheilt; es besteht eine Verlängerung desselben um 3—4 cm.

Die mit Hautwunde complicirte Durchtrennung der Quadriceps-Sehne war, wie *Maydl*[1]) angibt, zu den Zeiten *Galen*'s eine häufige, den Gladiatoren eigenthümliche Verletzung, für deren Behandlung *Galen* die tiefe Sehnennaht anräth. *Maydl* führt unter seinen 61 Fällen nur einen einzigen an, der mit Hautwunde complicirt war:[2]) Beobachtung von *Fischer:*

16jähriges Mädchen, 4" breite Hautwunde, mehr als die Hälfte des Quadriceps von der Sehne abgerissen; Heilung mit Eiterung ohne Störung der Beweglichkeit.

In einem Falle von mit Hautwunde complicirter totaler Durchtrennung der Quadriceps-Sehne durch eine Fleischwiege hat Herr Dr. *Lüning*[3]) durch die Sehnennaht ein vortreffliches Resultat erzielt. —

Varicellen bei Erwachsenen.

Von Dr. **Johannes Seitz** in Zürich.

(Fortsetzung.)

II.

Die aufgeworfene Frage: gibt es denn doch Varicellen bei Erwachsenen? sollte nun zunächst nicht ganz erbauliche Folgen nach sich ziehen — falsche Diagnosen —, man kann sich schon vorstellen, in welcher Richtung. Jedenfalls hätte ich in den zunächst anzuführenden Fällen, obschon sie sehr milde auftraten, direct die Diagnose Pocken ausgesprochen, wenn nicht das Geschilderte gerade vorausgegangen wäre, wenn wir nicht am allerersten Beginne einer Epidemie gestanden hätten. Jetzt aber schwankte die Entscheidung immer hin und her; und so sehr die alte Erfahrung nach dem Rechten drängte, immer entstanden wieder Gegengründe: es könnten eben doch auch wieder Varicellen sein; gar so milde wie im ersten Falle sind sie auch gar nicht zu erwarten; sie verlaufen am Ende doch etwas anders bei Erwachsenen als auf der zarten Haut der Kinder; es ist ja sonst von Pocken nichts bekannt, dagegen sind die Varicellen reichlich; es ist kein Weg der Ansteckung auffindbar; wenn Versetzung in's Pockenspital gerade erst die Variola brächte und den Tod, wie z. B. bei einem für pockenkrank gehaltenen Syphilitischen der 71er Epidemie — u. s. w. u. s. w. Es hat keine Bedeutung, das weiter auszuführen. Wir wollen die Krankengeschichten sprechen lassen.

Fall XIV. Briefträger, 48 Jahre alt.

1. Tag (7. Januar 1885). Abends Unwohlsein, Fieber, Schmerz in Rücken und Kreuz, nachher in Armen und Beinen.

2. Tag (8. Januar). Mehr Rückenweh, Schwindel, Müdigkeit, Kopfweh, kein Appetit.

3. Tag (9. Januar). Dasselbe. Schweiss.

---

[1]) Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 17, p. 314.

[2]) Ibidem Bd. 17, p. 518, Nr. 5.

[3]) Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte Jahrg. 11, 1881, p. 689.

4. Tag (10. Januar). Abends wird ein Ausschlag bemerkt. 9 Uhr 37,8°. Pat. macht sich in der Nacht absichtlich sehr stark schwitzen.

5. Tag (11. Januar). Eintritt in Behandlung. Zahlreiche rothe Knötchen, Flecken, Bläschen und Püstelchen; über den ganzen Leib, Rumpf, Schädel, Gesicht und Extremitäten; am schwächsten an den Beinen, stärker an den Stellen des Strumpfbandes. Der erste Blick sagt sofort Varicellen, weil die einzelnen Püstelchen dünnhäutig und die Röthung stark, aber keine derberen Infiltrate bestehen. Schon viele Dellen. Viele Bläschen gehäuft, herpesähnlich. Gerade diese Anordnung und das Aussehen der einzelnen Bläschen und die Herpes-Aehnlichkeit spricht auch wieder für Varicellen. Indess könnte der Gedanke an Pocken auch mit viel Grund ausgesprochen werden: der Beruf als Briefträger, die drei Tage Fieber mit starkem Rückenschmerz und jetzt der ziemlich allgemeine Ausbruch. Aber das Schwitzen hat jedenfalls den Process stärker gemacht. Fieber mässig, 38,1°, 96, 24. Abends 38,7. Immer noch starkes Schwitzen.

6. Tag (12. Januar). Die Temperatur von 38,7 ist auch etwas — für Pocken — in Betracht zu ziehen. Ausschlag sehr reichlich. Die „schöne Verschiedenheit" desselben ist nicht gut ausgesprochen; gerade die so charakteristischen abgestossenen Bläschen fehlen. Indess sind es doch gewiss nur Windpocken. Der Mund ist sehr stark besetzt. Bläschen im Munde kommen sicher auch bei Varicellen vor, nur nicht so stark. Hier sind es hauptsächlich weisse Stellen, an Zunge, Wange und Rachen. Wenn das Pockenpusteln wären, in solcher Anzahl, würden sie doch sehr wahrscheinlich eine viel stärkere Reaction erzeugen in der Umgebung. Am Gesäss ziemlich starkes Jucken und Brennen. Ausschlag auch stark an den Genitalien. Oel einreiben. — Wenn nicht Windpocken hier wären, könnte trotz alledem die Diagnose schon vertheidigt werden, es seien das wahre Pocken. Es sind auch Varicellen in einem Nachbarhause. Nun bringe ich in Erfahrung, dass auch einzelne Variolafälle in letzter Zeit vorkamen. Deshalb mache ich meine Anzeigen in folgender Weise. An die Gesundheitscommission als Varicellen. Dem Bezirksarzt schicke ich wegen der Wichtigkeit der Sache noch eine gleiche Anzeige, mache ihn aber besonders darauf aufmerksam, dass ihm vielleicht amtlich Thatsachen bekannt seien, welche zu einer Correctur dieser Diagnose führen könnten. Vgl. Blätter für Gesundheitspflege 1885, S. 44 oben. T. 37,7 bis 38,8. P. 90. R. 24. Athemanstrengungen gering; kein Schweiss; Schlaf gering.

7. Tag (13. Januar). Ziemlich starkes Brennen und Jucken auf Kopf, Rücken und Gesäss. Sehr viele Pusteln am ganzen Leibe, nur am wenigsten an den Beinen. Rachen und Mund viele weisse Stellen. Aber keine Fortschritte. Keine Vermehrung der Entzündungserscheinungen. Indess auch kein Abstossen von Bläschen wie bei Kindern. Offenbar ist das Epithel der Erwachsenen weit mehr widerstandsfähig und daher die Bläschenpustel derber. Alles hat kleine Dellen. Stark rother Hof in nächster Umgebung, weiter aber keine Reizung. Allgemeinbefinden besser. Durst. Lungen frei. — Keine Abstossungen! T. 37,8 und 38,2°. P. 84. R. 24. Athem sehr wenig verstärkt. Feste Stühle.

8. Tag (14. Januar). Jetzt kommt das Abstossen einzelner Epithelabhebungen. Daher sieht man jetzt, dass es eben doch ein Varicellenprocess ist. Die alten sind schon viele am Eintrocknen und Zurückgehen. Einzelne neuere sind noch am Fortschreiten. Der Kopf (Patient hat eine Glatze) ist noch sehr stark besetzt mit sehr vielen Pusteln. Die Mundhöhle hat noch sehr viele weisse Epithelstellen. Aber keine stärkere Reaction. An der Stelle der Strumpfbänder sind ganze Büschel von Bläschen-Pusteln; auffallend intensiv roth ist der Hof an den Beinen, aber nur in kurzer Umgebung; die Farbe hat etwas an Hämorrhagieblau Erinnerndes. Es sind gewiss Varicellen, aber so hochgradig, dass man ganz leicht Pocken annehmen könnte. Innere Organe frei. T. 37,3—37,5°. P. 84. R, 24. Noch etwas Brennen und Jucken, sonst besser.

9. Tag (15. Januar). Kein Fieber mehr. Mehr und mehr der Typus der Varicellen, indem Eintrocknen und einfaches Zurückgehen der Blasen. Auffallend ist die stark blutfarbige Beschaffenheit: jetzt mehr blauroth, entsprechend der früheren Blutröthe. Offenbar ist Patient herumgelaufen, daher etwas Blutaustritt an den Beinen. Mehr Blasen sind wieder abgestossen und einfach eingetrocknet. Die Eiterung geht gar nirgends in die Tiefe, in das Corium selber. T. 37,3—37,3°. P. 72. R. 24.



Keine Dyspnœ. Von da an Temperatur, Puls, Athmung, Stuhl immer normal. Urin stets ohne Eiweiss.

10. Tag (16. Januar). Der kahle Schädel hat noch am meisten Pusteln und sieht noch am meisten pockenähnlich aus. Das andere Alles ist rückgängig und zwar in der Art der Varicellen: Eintrocknung, Abstossung, Verkleinerung der rothen Knötchen. Nichts von tieferer Pustelbildung. Kein Fieber. Wohlsein. Auch im Mund einfache Epithelrestchen.

11. Tag (17. Januar). Schöne Eintrocknung. Hie und da noch ein neues Pustelchen. Abstossung. Wohlsein. Mund ganz frei. Kopfhaut auch mehr und mehr frei.

13. Tag (19. Januar). Jetzt wesentlich besseres Aussehen. Rasche Zurückbildung am Kopfe; am Leibe noch viele Knötchen, aber es fehlt ganz und gar die Verschwärung dieser Knötchen. Sie gehen einfach zurück und stossen blos das Oberhäutchen ab. Daher jetzt ziemlich zahlreich die typischen Varicellenschilferchen.

15. Tag (21. Januar). Schädel sehr frei. Haut am Leibe noch viele Knötchen. Einzelne Krüstchen. Wohlsein.

17. Tag (23. Januar). Jetzt sind nur noch leichte rothe Knötchenreste an der Brust. Schädel ganz frei. Nirgends Eiterung. Ganz Wohlsein. Heilung.

20. Tag (26. Januar). Entlassung.

Die diagnostischen Bedenken und Schwankungen haben in der Krankengeschichte genügenden Ausdruck gefunden. Sie können bei neuen Fällen in ähnlicher Weise sich wiederholen. Ich will nur noch einmal daran erinnern, dass aller Irrthum von der gewiss richtigen Diagnose „Varicellen“ beim Bankbeamten ausging, weil gleich am folgenden Tage wiederum Aehnliches beim Briefträger sich zeigte. Der zweite Fehler war, dass für die Haut der Erwachsenen bis zu einem gewissen Grade eine Abweichung des Processes als möglich angenommen wurde. Uebrigens machen solche Beobachtungen den Irrthum der Unicisten begreiflich.

Dass beim Briefträger die Diagnose „Varicellen“ falsch war, zeigten die folgenden Ereignisse.

Fall XV. Briefträgers Frau, 43 Jahre alt.

1. Tag (22. Januar). Abends etwas Frösteln.

2. Tag (23. Januar). Mehr Frösteln und Hitze. Schwere auf der Brust. Schmerzen im Rücken. Abends Erbrechen und T. 38,0°.

3. Tag (24. Januar). 39,0° Morgens und Mittags. Abends 39,8°. Mittags Eintritt in Behandlung. Frösteln, kein Ausschlag. Etwas Schmerz den Rücken herauf, nicht ganz klar, ob blos von Frösteln oder etwas Rückenschmerz. Es ist wahrscheinlich Anfang von Varicellen, von ihrem Manne geerbt.

4. Tag (25. Januar). Fieber sehr hoch, T. 40,1. P. 114. R. 28. Mattigkeit, Kopfweh, Anfang von Ausschlag, aus dem aber noch nichts Bestimmtes zu erschliessen. Rothe Flecken an Rumpf und Kopf und am Gaumenbogen. Bläschenanfang. Mittags 39,7, Abends 39,8.

5. Tag (26. Januar). Der Ausschlag ist typisch Varicellen; spärlich, zerstreut; 2 Bläschen am Leib und 2 am Gaumenbogen; dazu heute schon Krüstchen und wieder zurückgehende Knötchen. Gar keine rechte Pustel. Gar nichts Verdächtiges für ächte Pocken. Pat. ist heute auch schon wieder fieberlos und wohl. Menses sind eingetreten. T. 37,1; 36,5; 37,0. P. 84. R. 24.

6. Tag (27. Januar). Eine mässige Zahl neuer Bläschen, alle sehr klein, oft ein blos nadelkopfgrosses, weisses Bläschen auf dem rothen Knötchen. Einzelne schon wieder eintrocknend. Auf Haarboden, Nacken, Velum, Rumpf, Armen und wenig an den Beinen. Es ist eben auch der Typus der Varicellen. Wohlsein. T. 37,0; 36,2; 36,4. P. 80. R. 20.

7. Tag (28. Januar). Es sind noch einzelne neue Bläschen entstanden, besonders an den Händen und Armen; auch einzelne an den Beinen und im Gesicht. Sie sind aber

im Ganzen spärlich und entschieden blos wässerige Epithelabhebungen. Gar nichts für Pocken sprechend. Selten etwas Eiter in den alten Bläschen. Andere trocknen ein. T. 36,5; 36,5; 36,5. P. 84. R. 24.

8. Tag (29. Januar). Jetzt wahrscheinlich gar keine neuen Bläschen mehr. Nur einzelne Bläschen sind etwas grösser geworden, auch noch etwa eines sich mit Eiter füllend. Dellen — sie gehören auch zur Varicella. Eintrocknen. Wohlsein. Aufstehen. T. 36,4; 36,5. Nach mehrtägiger Verstopfung drei Stühle.

9. Tag (30. Januar). Jetzt sind gar keine neuen Bläschen mehr entstanden, und in allen, welche noch vorhanden, hat sich jetzt etwas Eiter angesammelt, dass also ganz kleine Pustelchen bestehen. Andere sind eingetrocknet und an andern ist die Decke abgestossen und kleine Krüstchen sind auf denselben. Haarhaut, Gesicht, Hals, Rumpf und Extremitäten haben solche Stellen. Auch verschiedene blos rothe Knötchen sind vorhanden. Die Zahl der Ausschlagstellen ist nicht gross, doch ziemlich ausgebreitet. Jetzt sieht die Kranke entschieden so aus, dass man Varicellen besser nicht diagnosticiren würde. Es wäre jetzt richtiger, sie als der Pocken verdächtig anzusehen. Indess muss der Verlauf festgehalten werden.

Die täglich neu auftretenden Bläschen, welche aussehen, wie z. B. ein Handeczem im Frühling, diese gestatten nicht, eine andere Diagnose zu machen als Varicellen. Sonst Wohlsein. T. 36,2; 36,2.

Der Mann hat durchaus nichts mehr von Krusten am Kopfe, eine ganz glatte Glatze, nichts von Narben.

Seit dem 12. Januar habe ich ganz in der Nähe wohnende sechs Taglöhner-Kinder in Behandlung, unzweifelhafte Varicellen, alle ungeimpft. Ich kann kaum glauben, dass sie nicht schon die Pocken aufgelesen hätten, wenn hier solche vorliegen. Diese müssen den Ausschlag geben — es ist aber in der Folge keines erkrankt.

Heute sieht auch der Bezirksarzt die Kranke. Vgl. Blätter f. Gesundheitspfl. a. a. O. Ich hatte meine Meldung an die Gesundheitscommission geschickt und auch wieder dem Bezirksarzte eine besondere Anzeige gemacht. Er antwortete, wie er auch den ersten Fall nicht angesehen hatte, ganz den Vorschriften gemäss, „dass eine derartige Anzeige an den Bezirksarzt unnöthig sei, da „Varicellen“ nach Gesetz und Verordnungen nicht direct an die amtlichen Aerzte gemeldet werden müssen.“ Auf meinen Einwand, dass in einer so wichtigen Sache und bei der fraglichen Existenz der Varicellen der Erwachsenen, es denn doch gerathener sei, die Anzeige einer solchen Diagnose auch den amtlichen Aerzten zuzustellen, kam er nun, die Frau mit mir anzusehen. Ich zeigte ihm auch deren Tochter, den Mann und sogar die sechs ungeimpften Varicellen-Kinder im Nachbarhause und ersuchte ihn, selbstverständlich ohne alle Rücksicht auf meine Diagnosen, seine Verfügungen zu treffen. Wie ich selber — siehe oben die Krankengeschichte — fand er, dass man jetzt Varicellen besser nicht diagnosticiren würde, aber so wenig ich es bisher gewagt hatte, die Kranken dem Pockenspitale zuzuweisen, konnte er sich dazu entschliessen. Ich halte die Mittheilung dieser Thatsache für wichtig und nothwendig, denn sie beweist, denke ich, dass denn eben doch die Sachlage an sich eine Entscheidung sehr schwierig machte und bei andern Vorkommnissen wieder sehr schwierig machen kann.

10. Tag (31. Januar). Jetzt werden die Pustelchen kleiner und kleiner, die rothen Knötchen auch abnehmend. Einzelne Pustelchen einfach abgestossen. Zwei, die grössere Eiterblasen, unten am Fusse, geborsten und theilweise entblösst. Es wird da morgen schon ein Krüstchen sein.

Jetzt könnte man immer noch an Pocken denken. Aber die Abstossungen sprechen doch schon mehr für Varicellen als gestern die noch zahlreicher vorhandenen Eiterbläschen. T. 36,4—36,4.

11. Tag (1. Februar). T. 36,0—36,4°. Pustelchen zurückgehend.

12. Tag (2. Februar). Am Gesicht noch einzelne kleine Eiterbläschen, kleine Pustelchen, wie Acne. Also auch diese würden ganz für Pocken ansprechbar sein. An allen andern Stellen Knötchen, Abblassen, Krüstchen, oder Abstossungen. T. 36,0.

13. Tag (3. Februar). Ganz geringe Pustelchen im Gesicht.

14. Tag (4. Februar). Jetzt sind noch einzelne Pustelchen ganz im Vergehen, an Gesicht, Arm, Nacken. Wohlsein.



15. Tag (5. Februar). Die Pustelchen ganz weg. Nur noch kleine Knötchenrestchen als das Ueberbleibsel von Allem.

16. Tag (6. Februar). Jetzt Alles ganz rein. Heilung.

Fall XVI. Briefträgers Tochter, 10 Jahre alt.

1. Tag (24. Januar). Etwas Unbehagen, Frösteln.

2. Tag (25. Januar). Müdigkeit und Unbehagen.

3. Tag (26. Januar). Eintritt in Behandlung. Etwas Unbehagen, Fieber und Kopfweh. Mittags 38,2°. P. 96. R. 30. Abends 37,5°. An der linken Lende eine rothe Papel mit leichter Abhebung des Epithels in der Mitte. Anfang von Varicellen.

4. Tag (27. Januar). Einzig das Bläschen an der linken Lende wird deutlich. An der Stirne ein ganz kleines Bläschen, das schon am Abstossen, und eines noch an der linken Seite. Also sehr schwache Varicellen. Die Mutter meint, es habe auch im Herbst solche Bläschen gehabt. T. 37,0; 36,7; 36,5°. P. 102. R. 24.

5. Tag (28. Januar). Abstossung des Epithels an den alten Stellen und noch ein ganz kleines neues Bläschen am rechten Schenkel. Ausserordentlich geringe Varicellen; aber gewiss sind sie dazu zu rechnen. T. 36,6; 37,0; 36,7. P. 90. R. 24.

6. Tag (29. Januar). Alles zurückgehend, trocknend. T. 36,5; 36,7°. Aufstehen.

7. Tag (30. Januar). Nur die ganz geringen Reste der wenigen Bläschen. Wohlsein. T. 36,4—36,0.

8. Tag (31. Januar). Geringe Spuren der paar Bläschen; keine nachweisbare Reste. T. 36,0—36,2°.

9. Tag (1. Februar). T. 36,0—36,4°.

10. Tag (2. Februar). Nur ganz kleine Restchen. T. 36,5°.

14. Tag (6. Februar). Gar nichts mehr sichtbar.

Es waren Pocken allerleichtesten Grades. Kleine Bläschen-Pustelchen waren es, leichtes Fieber hatte sie. Varicellen waren es nicht. Also sind es Pocken gewesen. Heilung. Der Grund, warum diese Diagnose zu stellen, die bisherigen Varicellen-Diagnosen aber aufzugeben waren, liegt im Auftreten anderer Fälle — es konnte nicht mehr an Varicellen gedacht werden, da noch drei Erwachsene erkrankten und wenigstens eine derselben in ausgesprochenem Grade die Variolaerscheinungen zeigte.

Fall XVII. Kanzlisten Frau. Alter 39 Jahre.

1. Tag (1. Februar). Heftiges Kopfweh, Unbehagen. Frieren.

2. Tag (2. Februar). Schmerz im Kreuz, Hitze und Frösteln, mehr Fieber. Kopfweh. Nachts starker Kreuzschmerz, Frieren und Schweiss.

3. Tag (3. Februar). Immer Frieren, Hitze und Schweiss, starkes Fieber. Starker Schmerz rechts und links im Kreuz neben der Wirbelsäule. Brechreiz, kein Erbrechen. Eintritt in Behandlung. T. 38,8; 39,3; 39,4. P. 96. R. 24. Systolisches Geräusch an der Herzspitze — functionell? Kein Ausschlag. Varicella oder Variola?

4. Tag (4. Februar). Temperatur noch höher. 40,2; 40,8; 40,1. P. 102. R. 24. Gar kein Schlaf. Heftiges Kreuzweh, starkes Kopfweh. Rechts am Oberschenkel ist eine Stelle roth, darauf eine eingesunkene Blase, ganz aussehend wie eine Varicelle. Hatte schon gestern Abend angefangen. Alles Andere frei. Brechreiz. Rachen frei.

5. Tag (5. Februar). Heute früh diffuse Röthe, derbe Flecken auf der Dorsalseite der Arme. Am Gesicht und Leib noch sehr wenige rothe Knötchen. Sehr starkes Schläfen-Kopfweh. Recht viel Stöhnen und starkes Unbehagen. Starker Durst. Offenbar Pocken und wahrscheinlich ziemlich schwere. Anzeige an die Gesundheitscommission und den Bezirksarzt. Wegen des Fiebers schickt sie dieser noch nicht in's Spital. T. 39,9; 39,4; 40,1; 39,9. P. 108. R. 24.

6. Tag (6. Februar). Jetzt sind an Gesicht und Rumpf die Pockenpusteln schön im Ausbruch. Die Extremitäten sind nicht stark ergriffen. Das Fieber ist jetzt am Abfallen. Es scheint doch nicht ein sehr arger Fall zu sein. T. 38,4°. In's Pockenspital. Dort gewöhnlicher Verlauf. Starker Ausschlag besonders am 8. und 9. Februar. Fieber nicht mehr hoch.

Fall XVIII. Kanzlisten Tochter. 18 Jahre alt.

1. Tag (31. Januar). Sehr müde, Schwindel, Kopfweh, Brechreiz.

2. Tag (1. Februar). Bett. Beim Aufstehen Ohnmacht. Brechreiz.

3. Tag (2. Februar). Sehr müde. Wohlsein und Kopfweh und Brechreiz wechselnd. Menses. Im Bett Hitze.

4. Tag (3. Februar). Eintritt in Behandlung. Hitze; besonders schlecht beim Aufstehen. Kein Fieber. Abends 37,2. Blos Mattigkeit. Kein Ausschlag.

5. Tag (4. Februar). 37,0. An Gesicht und Rumpf eine ziemlich grosse Zahl rothe Flecken und Knötchen, zum Theil ganz kleine Pustelchen und Bläschen. Einzelne davon schon Dellen und einzelne schon abgestossen. Gestern Abend noch hatte die Kranke zwei solche Stellen, „Bläschen“, am Halse entdeckt und im Gesicht. Mund und Rachen frei. Varicella? Variola?

6. Tag (5. Februar). Kein Fieber, 37,0. Keine besonderen Beschwerden. Einzelne neue Knötchen und kleinste Bläschen mehr. Andere aber schon wieder abgestossen und eintrocknend. Wegen sicherer Diagnose Pocken bei der Mutter aber natürlich auch Diagnose Pocken und in's Pockenspital.

Fall XIX. Kanzlist Vater. 38 Jahre alt.

4. Februar. Gar kein Unwohlsein. Hat nur einzelne kleine Stippchen und Knötchen am Leibe, an Hals und Rumpf, welche wohl nur als Acne zu deuten sind. Flohstiche dabei?

5. Februar. Gar nichts Neues. Vollständiges Wohlsein. Wahrscheinlich alles nur kleine Acne. 36,9.

6. Februar. Er hat blos an der Nase ein Pustelchen, das er schon früher will gehabt haben, das aber in den letzten Tagen grösser wurde. Sonst sind nur noch ein paar zweifelhafte Stippchen da. Ich glaube nicht, dass er Pocken hat. Aber vorsichtshalber wird er selbstverständlich am 6. Februar vom Bezirksarzt doch in's Pockenspital geschickt. Er ist schon drei Mal geimpft worden, als Kind 1847, beim Eintritt in's Militär und 1865.

Im Pockenspital kam kein weiterer Ausschlag zu Tage; es war ihm immer wohl, und er wurde auch im Spital nicht als pockenkrank angesehen. Entlassung aus dem Spital.

Den 15. Februar war er noch ganz normal.

1. Tag (16. Februar). Unbehagen, Gefühl von verdorbenem Magen.

2. Tag (17. Februar). Frösteln, Hitze, schlechter Schlaf. Herzklopfen.

3. Tag (18. Februar). Kopfweh stark; etwas Brechreiz, sehr starker Durst, etwas Husten, ziemlich starker Schweiss. Rückenweh ziemlich stark. Eintritt in Behandlung. Hohes Fieber: 39,7; 40,2; 40,2; 40,1. P. 120. R. 24. 40,0. Auf 2 $\times$ 1,0 Antipyrin 39,4 und 39,0. Etwas Röthung der Haut; aber man kann durchaus nicht aus derselben einen Scharlach machen; es ist nur die Röthung, welche dem Fieber und dem Schweiss entspricht. Der Rachen und besonders der weiche Gaumen ist ziemlich stark geröthet. Aber es ist nichts von Diphtherie zu erkennen. Etwas Husten, aber nicht bedeutend. Kein rechter Schnupfen. Starkes Kopfweh und etwas Kreuzweh. An einzelnen Stellen der Haut rothe Knötchen. Aber es ist doch noch keine Spur von Pockenausschlag zu erkennen, Wahrscheinlich sind es nur kleine und bedeutungslose Stippchen. Pockenfieber? Pocken?

4. Tag (19. Februar). Immer noch hohes Fieber, nur leichter Nachlass, gestern Abend, durch das Antipyrin. Auch heute etwas rothe Haut, aber nur Schweissröthe. Rachen, besonders Velum, roth. Mandeln frei. Keine Schmerzen als Rückenschmerz. Kein pathologischer Befund der Lungen und des Herzens. Einzelne Stellen, sehr spärlich, deutlich rothe Knötchen. Aber so gering, dass nicht einmal als Anfang von Pocken anzusehen; diese sollten heute, als am dritten Fiebertage, schon mehr hervortreten. T. 39,8; 39,6; 39,8; 39,8; 39,5; 40,3. Dann 2 $\times$ 1,0 Antipyrin und darauf 39,3; 37,8; 38,1.

5. Tag (20. Februar). Gestern Abend nach dem Antipyrin recht starke Uebelkeit, Brechreiz und Erbrechen. Man kann auch heute keine Ursache des Fiebers finden. Dasselbe geht jetzt herunter. 38,1; 38,2; 38,2; 38,3; 37,5. Abends wieder Ansteigen, 39,2; 38,6°. P. 96. R. 24. Immer Schweiss stark. Milz klein. Röthung geringer im

Rachen; Haut roth nur durch das Schwitzen. An den Beinen einzelne rothe, etwas erhabene Flecken, Papeln, besonders an den Knieen und Fussrücken, auch unten am Rumpf; am ähnlichsten einem ganz flachen Erythema multiforme. Nicht zu vergleichen mit Anfangs-Pockenpapeln. Gar nichts von Pusteln ausser drei ganz kleinen Eiterbläschen an dem rechten Schlüsselbein, rechten Schulterblatt und linken Oberarm. Am Gesäss deutlich ganz kleine Schweisspustelchen. Alles durch den Schweiss? Variolafieber? Zunge ganz weiss, gar keine Scharlachzunge. Husten mässig; kein Schnupfen. Keine Schmerzen. Hinten unten das Athmen etwas schwach, aber sonst gar nichts auf irgend eine Veränderung von Lungen und Herz weisend. Kein Medicament mehr.

6. Tag (21. Februar). Fieber jetzt abgefallen. 37,9; 36,8; 37,3. Die Untersuchung ergibt keinen Anhalt zur Diagnose. Keine Grippe, keine Masern, kein Scharlach, keine Diphtherie, keine Pocken. Typhus kommt gar nicht in Betracht. Für Pneumonie fehlt Alles. Nur stellenweise ist höchstens etwas schwächeres Athmen zu behaupten; aber das ist dann nicht anhaltend, so dass man nicht einmal von da aus auf die Annahme eines Herdes kommen könnte.

Am Ende ist es eben d o c h n u r e i n P o c k e n f i e b e r. Damit stimmt die Zeit des Eintrittes des Fiebers, bezogen auf den Ausbruch des Exanthems der Frau am 4. bis 6. Februar. Am Leibe, an den Knieen und an den Fussrücken einzelne kleine flache Papeln, nicht einmal so stark wie Erythema multiforme. Das ist offenbar Antipyrin-Exanthem gewesen. Am Leibe drei ganz kleine Pustelchen, zurückgehend, nur Schweisspustelchen; sie finden sich nur am Gesässe in grösserer Zahl. Athem LO V u. H vielleicht eine Spur schwächer. — Ein Lippenherpes am Abtrocknen.

7. Tag (22. Februar). Es ist so gleich; Wohlsein, kein Fieber mehr, 36,9; 36,4. P. 96. R. 28. Blos Reste von Schweissfriesel; Pustelchen und Schweissknötchen — und Antipyrin-Exanthem — zurückgehend. Unklar, was das gewesen. Pockenfieber würde immer noch das Wahrscheinlichste bleiben, wenn er es nicht hätte gleich m i t der Frau bekommen sollen. Aber wenn man annimmt, dass ihn erst die Frau mit dem ausbrechenden Exanthem vom 4.—6. Februar angesteckt habe, dann stimmt Alles zusammen.

8. Tag (23. Februar). Reste von Schweissfriesel, sonst nichts. Kein Fieber, 36,9; 36,9°, besonders noch leichte Röthung in der Lendengegend, wo er seine Beinkleider, ganz kurze Unterhosen, im Bette immer noch geschlossen hatte. Die kleinen Papeln an Knie und Fussrücken sind nicht mehr da, oder nur als ganz geringe Flecken. Die drei kleinen Pustelchen, gewiss auch nur Schweisspustelchen, sind schon ganz im Abheilen. Gestern Abend noch rechter Husten, heute nicht mehr. Eine ganz versteckte Lungenaffection ist auch nicht anzunehmen, da er gar keine Beengungserscheinungen hatte und durchaus keinen verwerthbaren Lungenbefund.

9. Tag (24. Februar). T. 36,6; 36,4.

10. Tag (25. Februar). Ganz wohl. Kein Fieber. T. 36,6—37,0. P. 108. R. 24. Kein Husten. Heute keine Flecken mehr. Nur noch Spur von Schweissröthung.

Auf der Höhe des Fiebers hatte er, aber nur vorübergehend, viel Eiweiss im Urin gehabt, dunkle Harnfarbe, indess kein Blut und keine Formelemente.

Es war ein Pockenfieber ohne Ausschlag. Die Ansteckung war von der Frau ausgegangen, als sie ihr Exanthem bekam.

III.

Warum aber diese falschen Diagnosen, anstatt sie klüglich zu verbergen, noch besonders an's Licht ziehen? Ich halte dafür, dass sie gerade mit ein Hauptbeweis sein müssen für die Richtigkeit meiner Diagnosen in den Fällen, wo ich auf Varicellen bei Erwachsenen bestehe. Auch sollte aus denselben hervorgehen, wie man in neuen Fällen sich vor Irrung schützen könnte.

Bei der Varicellengruppe spielen die Kinder die Hauptrolle, 7 Kinder auf 2 Erwachsene. In der Variolagruppe haben wir 1 Kind und 5 Erwachsene.

In der Varicellengruppe geht die Krankheit von den Kindern auf die Dame, vielleicht von dieser auf deren Nichten und dann auf den Herrn über, mit dem sie

in stetem geschäftlichem Verkehr gestanden; dieser bringt die Ansteckung seinen Kindern. Alles in dieser Gruppe hat das gleiche Gepräge der leichten Krankheit, wie sie die Varicellen überhaupt sind, und trotz der grossen Zahl der Fälle geht von ihnen durchaus kein Pockenfall aus.

Ganz anders in der Pockengruppe; hier die Vielgestaltigkeit und der Ernst der Pocken in voller Charakteristik.

Der Briefträger hat irgendwo, in unbekannter Weise, auf seinen Gängen das Pockengift aufgenommen, erkrankt mit leichter, varicellenähnlicher Variola, als einer der allerersten Fälle einer ausbrechenden Epidemie. Die kurz vorausgehenden Beobachtungen lassen den Zweifel aufkommen, ob es nicht ein weiterer Fall von Varicellen sei. Er wird, so weit in den ungünstigen Localitäten möglich, isolirt, und jeden Augenblick auf die Möglichkeit der Diagnose Pocken gelauert, ohne dass durch den Fall selber die Entscheidung zu Stande kommen kann.

Vierzehn Tage nach des Mannes Ausschlag haben wir das Exanthem der Frau. Jener hatte die Ansteckung besorgt. Natürlich noch grössere Zweifel als beim Manne, ob man da Varicellen annehmen dürfe. Aber man konnte doch die Variola-Diagnose nicht aufstellen. Auch der nachdrücklich und wiederholt zur Correctur der Diagnose aufgeforderte Bezirksarzt wagt nicht, „Pocken“ zu erklären und die Kranke in's Pockenspital zu weisen.

Die minimale Erkrankung einer 10 Jahre alten, geimpften Tochter — am ganzen Leibe vier Bläschen und 38,2° Temp. — ist eher noch geeignet, den Irrthum zu nähren. Sie war jedenfalls auch durch das frisch ausbrechende Exanthem des Vaters nahezu gleichzeitig mit der Mutter inficirt worden.

Die Aufklärung kommt erst durch Erkrankung anderer Hausbewohner, einer Kanzlisten-Familie.

Auf dem gleichen engen Wohnboden, ohne weiters mögliche Trennung, sesshaft, der kranken Familie doch hie und da einige Hülfe leistend, ja sogar — allen Anordnungen zuwider — Kleider derselben flickend, nehmen Mutter und Tochter das Gift auf und erkranken, bis auf einen Tag, gleichzeitig. Die Mutter bekommt starke, die Tochter sehr leichte Pocken.

Endlich wird der Kanzlist-Hausvater vom ausbrechenden Exanthem seiner Gattin inficirt. Er war vorsichtshalber mit seiner Familie in's Pockenspital geschickt worden, hätte also dort das Gift aufnehmen können, wäre es nicht schon im Leibe gewesen. Im Spitale wohl, erkrankte er aber nach dem Austritt an sehr heftigem unzweifelhaftem Pockenfieber ohne Ausschlag.

Die genaueren Unterschiede des Krankheitsverlaufes gegenüber demjenigen bei der Varicellengruppe brauche ich nicht zu wiederholen. Nur auf die Impfverhältnisse müssen wir noch einen Blick werfen.

In der Varicellengruppe erkrankt Alles ganz ohne Beziehung zu den Zeiten der Impfung; Aeltere und Jüngere sind gleich leicht krank. Bei der Variolagruppe jedoch ist die grössere Schwere der Erkrankung mit der Entfernung von der Impfzeit bis zu einem gewissen Grade deutlich ausgedrückt:

Briefträgers Tochter, 10 Jahre alt. Impfung als Kind. Variola als 4 Bläschen und 38,2° Temperatur.

Kanzlisten Tochter, 18 Jahre alt. Impfung als Kind. Sehr leichte scheinbar fieberlose Variola.

Briefträger, 48 Jahre alt. Impfung als Kind. Varicellenähnliche Variola.

Briefträgers Frau, 43 Jahre alt. Impfung als Kind. Varicellenähnliche Variola.

Kanzlisten Frau, 39 Jahre alt. Impfung als Kind. Starke typische Variola.

Kanzlist, 38 Jahre alt. Impfung als Kind, als Recrut und im 20. Jahr. Sehr starkes Pockenfieber ohne Ausschlag.

Diese Ungleichheit des Verlaufes, zum Theil entsprechend der abnehmenden Schutzkraft der Impfung können wir auch benutzen, um den Gegensatz der Varicellengruppe zu zeigen, und er hilft mit zur Annahme, dass wir nicht im Unrecht waren, bei jenen zwei Erwachsenen Varicellen anzunehmen. Wegen der Impfung überhaupt ist das leichte Krankheitsbild bei den Pockenkranken entstanden.

IV.

Die Ausbeute der Literatur über Fälle von Varicellen bei Erwachsenen ist ausserordentlich gering. Ich kann natürlich nicht behaupten, dass ich eine erschöpfende Durchmusterung derselben vornehmen konnte. Aber in recht weitem Umfange habe ich mich bemüht und doch nur zwei Fälle gefunden. Ich bin nämlich einverstanden, dass bei zwei Basler Beobachtungen Variola angenommen werden kann. Ein weiterer Fall eines weiblichen Wesens zwischen 15 und 20 Jahren ist dort einfach in der Statistik angeführt und nicht beanstandet. Die Angaben sind folgende:

Fall XX. Frau von 30 Jahren.

Drei Kinder varicellenkrank, am 20. Februar 1878 gemeldet. Die Mutter erkrankte den 23. Februar. Vierzehn Tage vorher war sie drei Tage lang in Strassburg gewesen, die Kinder nicht. Schüttelfrost, heftige Rückenschmerzen, 39,0°. Dyspepsie. Am 25. Februar 8—12 Pusteln, zum Theil haselnussgross, an Gesicht und Rumpf. Vom nächsten Morgen an fieberfrei. Narben. Sie inficirte Niemand im Hause, weil Alle geimpft waren. (*Baader*, Corr.-Bl. für Schweizer Aerzte X, 1880, Nr. 20, S. 653.)

Fall XXI. Maurer, 32 Jahre alt.

Einmal geimpft. Seit 19. März unwohl, Hitze, Kopfschmerz. 21. März. Haut heiss; Zunge trocken, belegt; Milz nicht vergrössert, V. O. L. Rhonchi sibilantes. 22. März Stat. id. Hustet öfter. 23. März. Noch Kopfschmerzen, kein Fieber. 24. März. Pat. steht auf. 25. März. Ueber Nacht am ganzen Körper kleine rothe Flecke, sehr zahlreich an Gesicht und Händen; an der Stirne kleine Bläschen; werden als Varicellen erklärt. 1. April Arbeit. 3. April. Völlig gesund. Keine Narben. Eruptionen an Gaumen und Conjunctiva wurden nicht bemerkt. Angebliche Infection von einem andern Maurer:

Fall XXII. Maurer, 20 Jahre alt.

Dieser hatte häufig eine Wirthschaft bei Gempen besucht, deren Besitzer damals an Pocken starb und kam Ende Februar nach Basel von Arlesheim, wo Pocken epidemisch waren. Er erkrankte in der zweiten Woche März. Es seien so viele Bläschen mit weissem Wasser entstanden, als Platz gehabt hätten. Nie von der Arbeit weg gewesen. Aeusserst müde. Keine Narben. (*Baader*, a. a. O.)

Der eine als Varicellen gar nicht zu bestreitende Fall stammt aus der Zürcher Epidemie 1871. Ich hatte denselben völlig vergessen, bis, durch diese Arbeit angeregt, ich ihn wieder auffand.

Fall XXIII. Marmotta, Jean, französischer Internirter.

Wurde am 19. Februar 1871 wegen eines pockenverdächtigen Exanthems in die Baracke zur Steffansburg geschickt. Die Krankheit erwies sich als Varicellen. Er wurde am 3. März geheilt entlassen. Schon am 4. März wurde er wegen neuem Unwohlsein

in das Spital geschickt. Am 5., 6., 7. und 8. zunehmendes Fieber bis 40,8°. Am 11. März erschien nach profusen Schweissen und Abfall der Temperatur ein rothfleckiges Exanthem, das sich am 12. zweifellos als Pocken herausstellte. Es entwickelte sich eine mässig reichliche Variola-Eruption, die den gewöhnlichen Verlauf nahm. Geheilt nach 22 Tagen: Pat. wurde also offenbar in der Steffansburg, während er die Varicellen hatte, mit Variola inficirt. (*Brunner, A.*, Die Pocken im Canton Zürich. Zürich, 1873, S. 67.)

Dazu ist nichts weiter zu bemerken. Der Mann war 22 Jahre alt. Der zweite Fall ist leider für uns werthlos, da es, trotz Bemühungen, mir nicht gelang, das Original herbeizuschaffen.

Fall XXIV. Individuum von 32 Jahren.

Green beschreibt den Krankheitsverlauf eines von ihm als Varicellen bezeichneten, jedoch nach vorausgegangenem zweitägigem Prodromalstadium aufgetretenen Bläschen-Exanthems bei einem 32jährigen Individuum. (*Green, T.*, Case of varicella in an adult. Brit. Med. Journal, 1870, Jan. 4. *Virchow-Hirsch*, Jahresbericht über 1870. II. S. 270.)

Eine Kritik ist auf so beschränkte Angabe hin natürlich ganz unmöglich.

Nun war mir aber leider eine ganz bedeutende Veröffentlichung entgangen, auf die ich erst jetzt durch den Verfasser in sehr dankenswerther Weise bin aufmerksam gemacht worden.

Physicus *Lotz* hat schon 1881 im Corr.-Bl. für Schweizer Aerzte Bd. 11, Nr. 21, S. 696 eine sehr wichtige, auch Basel betreffende, Mittheilung gemacht.

Im Jahre 1880 waren in Basel 249 Fälle von Varicellen gemeldet worden.

Von den 249 gemeldeten Erkrankten waren 4 älter als 15 Jahre.

April. 16jähriges Mädchen.

Juni. 16¾jähriger Mann, erkrankt 14 Tage nach seiner 13½jährigen Schwester.

November. 21jähriger Mann. 25jähriges Weib.

Alle diese Fälle ereigneten sich in einer Zeit, da die Stadt gänzlich variolafrei war.

Die genauere Krankengeschichte der beiden *Lotz*'schen über 20 Jahre alten Patienten des November ist folgende, nach den Notizen der behandelnden Aerzte.

Fall XXV. Magd, 25 Jahre alt.

Deutliche Varicellen. Patientin erkrankte am 25. November, einen Tag nach zwei Kindern des Hauses, mit denen sie als Magd verkehrte. Alle drei waren inficirt von einem ältern, die Schule besuchenden Bruder der genannten Kinder, der schon am 11. November erkrankt war. (Dr. *Oeri.*)

Fall XXVI. Seminarist, 21 Jahre alt.

Der Ausschlag weicht in nichts von dem gewöhnlichen Varicellenbilde ab.

Pat. hat in den letzten Monaten immer ruhig studirend in Basel gelebt; kein Verkehr mit Chauxdefonds. Die einzige muthmaassliche Infectionsgelegenheit könnte die Sonntagsschule auf der Breite sein, wo damals Varicellen vorkamen, und etwa 300 Kinder von ganz kleinen bis zu 14 oder 15jährigen unterrichtet werden. In dieser Schule ist Pat. jeden Sonntag Nachmittag thätig und sitzt mitten unter den Kindern.

So war es auch 13 Tage vor Beginn seiner Krankheit, am 14. November.

Am 27. November erstes leichtes Gefühl von Unwohlsein, Hitzegefühl im Kopfe; unruhige Nacht.

28. November. Anfangs wieder wohl; im Laufe des Vormittags Frösteln; Abends nach der Sonntagsschule Gefühl von Müdigkeit und Hitze. Rothe Flecken am linken Oberschenkel. Jucken auf der Brust. Unruhige Nacht.

29. November. Wieder besser, besucht Unterricht. Nachmittags wieder Frösteln und rothe Flecken im Gesicht.

30. November. Zahlreiche rothe, leicht erhöhte Flecken, Papeln und einzelne Varicellenbläschen im Gesicht, über den behaarten Kopf und den ganzen Körper verbreitet,



besonders am Stamm. Hier und am Arm einzelne erbsengrosse, hohe, wasserklare Blasen mit und ohne Delle; die meisten Bläschen sind kleiner oder noch unentwickelt.

1. December. Halsweh; die auch bei Varicellen gewöhnlichen Bläschen und Geschwürchen an Gaumen und Rachen.

3. December. Die meisten Bläschen abortiv oder schon eingetrocknet; einzelne am Leibe mit Delle noch in Blüthe; dazwischen sind wieder neue aufgetreten, besonders um die Nase herum, wie gewöhnlich bei Varicellen. Absolutes Wohlbefinden; kein Fieber.

Bettlägerig war Pat. über die ganze Zeit nie. (Dr. *Hägler.*)

Nicht in Rechnung gebracht bei der obigen Statistik, weil nicht absolut sicher, obgleich kaum zweifelhaft, ist

Fall XXVII. Weib, 44 Jahre alt.

In einem kinder- und varicellenreichen Hause, welche gleichfalls im November — in variolafreier Zeit — erst im Stadium der Eintrocknung und Abschuppung zur Beobachtung kam.

Die Basler Statistik von 6 Jahren ergab nach Berichtigung der Fälle, wo Verwechslung mit Variola vorlag,

	Angezeigte Varicellenfälle	759.
Davon waren alt:		
	Unter 10 Jahren	740
	10—15 Jahre	13
	15—20 Jahre	3
	20—30 Jahre	2
	30—40 Jahre	1
		759.

Der hohe Werth dieser Mittheilungen von *Lotz* ist klar. Sie helfen wesentlich dazu, die „Varicellen der Erwachsenen" zur wissenschaftlich feststehenden und unzweifelhaften Thatsache zu erheben.

(Fortsetzung folgt.)

Vereinsberichte.

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

Neunte Sitzung im Winter-Semester 1887/88, Dienstag den 6. März, Abends 8 Uhr, im medicinisch-chemischen Laboratorium des Inselspitals.[1])

Präsident: Dr. *Schaerer.* — Actuar: Dr. *Dumont.*

Anwesend 17 Mitglieder und 6 Gäste.

1. Dr. *Schaerer* theilt dem Vereine den Hinscheid von Dr. *A. Baader* in Basel mit. Er schildert den Dahingeschiedenen als den stets mit voller Hingebung an den Aufgaben seines Berufes arbeitenden, die Ehre und das Ansehen des ärztlichen Standes alle Zeit hochhaltenden Collegen, der zugleich als edler und gemeinnütziger Vorkämpfer für alle humanen Bestrebungen und socialen Verbesserungen uns stets als leuchtendes Vorbild in treuem Andenken bleiben wird. — Zu Ehren des Verstorbenen erheben sich alle Anwesenden.

2. Prof. Dr. *von Nencki* hält einen Vortrag über:

a) Das Fett der Gewebe und dessen Umsatz. (Erscheint in extenso.)

An der Discussion betheiligen sich Prof. Dr. *Kocher*, Prof. *Kronecker*, Dr. *Dubois* und Dr. *Dutoit.*

b) Das Hæmatoporphyrin.

[1]) Erhalten den 29. März 1888. Red.



Bereits vor einem Jahre in der Sitzung des bernischen Bezirksvereins theilte *N.* mit, dass es ihm gelungen sei, durch Einwirkung von in Eisessig gelöstem Bromwasserstoff auf das Hæmin das eisenfreie Hæmatoporphyrin rein und in krystallinischer Verbindung zu erhalten. Die ersten Analysen des salzsauren Hæmatoporphyrins ergaben der Formel: $C_{32}H_{34}N_4O_4(HCL + H_2O)_2$ am nächsten stehende Zahlen. Jedoch wurden weitere nothwendige Analysen in Aussicht gestellt. Seither ist es ihm gelungen, dieses Salz umzukrystallisiren, sowie auch Metallverbindungen des Hæmatoporphyrins darzustellen, aus welchen sich ergab, dass die obige Formel zu halbiren sei, dass ferner das Wasser kein Krystall- sondern Constitutionswasser sei und auch die Verbindung ein Wasserstoffatom weniger enthalte. Die Zusammensetzung des salzsauren Salzes ist danach $= C_{16}H_{18}N_2O_3HCL$ und das freie Hämatoporphyrin hat die Formel: $C_{16}H_{18}N_2O_3$, d. h. es ist dem Gallenfarbstoff — dem Bilirubin — isomer. Das alte Problem — die Ueberführung des Blutfarbstoffs in den Gallenfarbstoff ist hiermit gelöst, nur entsteht hierbei nicht das Bilirubin, sondern das ihm isomere Hæmatoporphyrin. Der letzte Körper hat übrigens mit dem Bilirubin viel Aehnlichkeit. Durch Salpetersäure oder auch den Luftsauerstoff wird er in einen grünen Farbstoff und durch nascirenden Wasserstoff in einen dem Urobilin ganz ähnlichen Körper übergeführt. Der Vortragende hebt schliesslich die verhältnissmässig einfache Zusammensetzung des farbigen Bestandtheiles des Hæmoglobins — des Hæmatins — hervor, wonach dem Chemiker die künstliche Darstellung des Blutfarbstoffes nicht mehr als ein unlösbares Problem erscheine.

3. Dr. *Tavel* spricht **„Ueber die Diagnose der chirurgischen Tuberculose durch die Meerschweinchenimpfung".**

Diese Untersuchungsmethode ist in der Berner Klinik von dem Vortragenden in systematischer Weise bei allen Fällen von Tuberculose oder von Affectionen, die mit Tuberculose verwechselt werden konnten, ausgeführt worden.

Differentialdiagnostisch kamen in Betracht der Reihe der Häufigkeit nach: Syphilis, traumatische Granulome, nicht tuberculöse Ulcerationen, Polyarthritis deformans, malignes Lymphom, Gonorrhoe, acute Abscesse, maligne Geschwülste, Rotz, Actinomycose.

Bei diesen Untersuchungen ist das Meerschweinchen gebraucht worden, weil sich dieses Thier nach den Arbeiten von *Arloing*, *Strauss*, etc. sowohl für die sogenannte Scrophulose, wie für die echte Tuberculose eignet, was für das Kaninchen nicht der Fall ist, ausserdem ist der Verlauf der Tuberculose beim Meerschweinchen ein viel rapiderer, wie beim Kaninchen.

Bei der Methodik dieser Impfungen ist das Hauptgewicht auf eine richtige Auswahl und Behandlung des zu impfenden Materials zu legen.

Handelt es sich um solide Gewebe, Granulationen, Knochenstücke, etc., so müssen dieselben aus nicht inficirten Partien genommen und aseptisch aufbewahrt werden, auch darf das Material nicht zu lange eingetrocknet bleiben. Die Meerschweinchen sind nämlich gegen septische Infectionen äusserst empfindlich und eine lange Eintrocknung der Tuberkelbacillen tödtet sie.

Sollen hingegen flüssige Bestandtheile geimpft werden (Eiter, Urin, Stuhl, seröse Flüssigkeiten), so muss nicht nur an die Möglichkeit einer Infection oder einer Intoxication gedacht werden, sondern noch hauptsächlich an das hohe specifische Gewicht der Tuberkelbacillen.

Tuberculöser Eiter, seröse nicht inficirte Flüssigkeiten können ohne Nachtheil unverdünnt injicirt werden. Injicirte Flüssigkeiten, wie Urin, dünner Stuhl, erzeugen hingegen unverdünnt sehr oft eine septische Infection, die eine weitere Diagnose unmöglich macht.

Diesem Uebelstande zu entgehen, verdünnt *Tavel* die zu impfenden Flüssigkeiten mit sterilisirtem Salzwasser, lässt das Ganze eine Stunde stehen, die Tuberkelbacillen setzen sich, dann wird der Bodensatz geimpft oder je nach Bedürfniss wieder 1—2 Mal vor der Impfung ausgewaschen.

Man vermeidet auf diese Weise fast immer die Infection. Die Impfung der Flüssigkeiten wird mit einer eigenen Spritze vorgenommen. Dieselbe besteht aus einem spitz ausgezogenen Glasrohr, das mit einer gewöhnlichen Spritze mit einem Caoutschoucschlauch in Verbindung gesetzt wird. Ein Quetschhahn, am Caoutschoucschlauch angebracht, erlaubt das Aufsaugen und das Einspritzen der Flüssigkeit.

Die Spritze hat den grossen Vortheil, dass die Ansätze sehr leicht und sicher sterilisirt und vorräthig gehalten werden können. Es können auf diese Weise mehrere Impfungen nach einander vorgenommen werden.

Der Verlauf der Tuberculose beim Meerschweinchen erlaubt nach 2—4 Wochen die Diagnose sicher zu stellen.

Diese etwas lange Zeit ist zwar der Nachtheil dieser Methode; dafür aber ist sie viel zuverlässiger, als die pathologisch-anatomische Untersuchung, die in vielen Fällen und gewöhnlich gerade in den zweifelhaften Fällen die Diagnose in suspenso lässt.

Diese auf ungefähr 120 Fällen an 1—5 Meerschweinchen ausgeführte Untersuchungsmethode hat gezeigt, dass:

1) Jedesmal wo die Krankheit tuberculöser Natur ist, auch durch die Impfung Tuberculose des Thieres erzeugt worden ist;

2) die Methode ist viel weniger zeitraubend und sicherer wie die pathologisch-anatomische Untersuchung, wenn es sich darum handelt, festzustellen, ob eine Erkrankung tuberculöser Natur ist.

3) die Methode kann ganz sicher zu einem Ziele führen auch da, wo eine anatomische Untersuchung unmöglich ist, Eiter, Knochensplitterchen, Blut, seröse Flüssigkeiten, etc.

Die Resultate, die in vielen Fällen der klinischen und pathologischen Diagnose widersprachen, werden in den „Mittheilungen der chirurgischen Klinik von Bern" ausführlich veröffentlicht werden und hofft der Vortragende, dass die gewonnenen Resultate zu einer Verallgemeinerung der Methode ermuntern werden.

In der Discussion bemerkt Prof. *Kocher*, dass diese Methode der bacteriologischen Forschung einen Capitalfortschritt gegenüber dem bisher angewendeten Verfahren bedeute. Denn während der Kliniker, der sich auf den pathologischen Anatomen stützt, von diesem Letztern sozusagen immer da verlassen wird, wo es ihm am meisten darauf ankäme, etwas Sicheres zu erfahren, hat man jetzt eine Methode an der Hand, auf die man zählen kann. Ein Nachtheil derselben besteht freilich darin, dass es lange geht, bis man Aufschluss bekommt, indem der Bacteriologe 2—3 Wochen nöthig habe. Vielleicht gelänge es, eine kürzere Zeit zu erhalten, wenn man auf einen andern Nährboden überimpfen würde?

Dr. *de Giacomi* bittet um Aufschluss, ob die Tuberkelbacillen nach der künstlichen Verdauung infectiös bleiben und ob sie durch Färbung sich nachweisen lassen. Letzterer Umstand habe für die diagnostische Verwerthung des Nachweises von Tuberkelbacillen im Stuhle grosse Bedeutung. Der Werth des Nachweises von Tuberkelbacillen im Stuhle werde für die Diagnose der Darmgeschwüre eingeschränkt, wenn die Möglichkeit vorliege, dass verschluckte Tuberkelbacillen in den Fæces färbbar bleiben.

Dr. *Tavel* erwidert, dass die künstliche Verdauung auf die Färbung der Tuberkelbacillen keinen Einfluss ausübe. Die Bacillen scheinen sogar bei derselben sich noch besser färben zu lassen. Ob sie aber noch infectiös bleiben, möchte er noch nicht definitiv entscheiden. — Gegenüber Prof. *Kocher* glaubt er nicht, dass man bei einer Ueberimpfung auf einen andern Nährboden eine kürzere Dauer der Entwicklung der Cultur und somit rascheren Aufschluss in zweifelhaften Fällen erlangen würde, weil man, so wie so, bei Culturen des Tuberkelbacillus auf zwei bis drei Wochen rechnen müsse.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

4. Wintersitzung den 17. December 1887.[1])

Präsident: Dr. *H. v. Wyss.* — Actuar: Dr. *W. Schulthess.*

I. Der Präsident theilt mit, dass er im Namen der Aerzte Zürich's dem Herrn Prof. *H. v. Meyer* zu seiner Jubiläumsfeier gratulirt habe.

II. Prof. *Krönlein:* Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik.

1. **Ueber eine zweckmässige Sublimatlösung.**

Der Vortragende gibt zunächst einen kurzen historischen Ueberblick über die Verwendung des Sublimats in der chirurgischen Antiseptik, von der ersten experimentellen Arbeit von *L. Buchholtz* (1875) und der ersten allgemeinen Anwendung des Sublimats durch *von Bergmann* (1878) bis zu den neuesten Publicationen von *O. Liebreich, Angerer, Victor Meyer, E. Laplace* und empfiehlt schliesslich die saure Sublimat-Kochsalzlösung, wie sie seit geraumer Zeit in der Züricher chirurgischen Klinik angewendet wird und kürzlich von dem Vortragenden im „Corr.-Blatt" (Nr. 4, 1888 „Zur Sublimatfrage") genauer angegeben worden ist.

2. **Zur Aetiologie des Hautkrebses.**

K. betont die Wichtigkeit mechanischer Reize, habitueller Insulte oder einmaliger Verwundungen für die Entstehung resp. Localisation von Cancroiden. Er erinnert u. A. an die Fälle, welche er seiner Zeit in dem Berichte der *v. Langenbeck*'schen Klinik (Archiv für klin. Chir., Bd. XXI, Suppl.-Bd. p. 80 und p. 225) aus eigener Beobachtung veröffentlicht hat und hebt namentlich jenen merkwürdigen Fall hervor, wo ein junger Gestütswärter von einem Pferde am Penis gebissen wurde und aus dem vernarbenden Penisstumpf ein ächtes Carcinom hervorwuchs, welches die Amputation nothwendig machte. Als Pendant zu dieser Beobachtung theilt er die Krankengeschichte eines Patienten mit, der kürzlich in der Klink operirt und geheilt worden ist.

Der 52jährige Mann, der immer gesund und nie syphilitisch war, erhielt im December 1879 einen Schrotschuss in den Penis; die kleinen Wunden heilten in ca. 4 Wochen; doch traten in Folge der Narbencontraction im Bereiche der Glans nach und nach Urinbeschwerden auf, so dass Patient in den folgenden Jahren nur mit Mühe Urin lassen konnte. Im Nov. 1885 wurde der Kranke als Typhuspatient in den Cantonsspital geschickt, allein die genaue Untersuchung ergab, dass Pat. in Folge der Verengerung der Harnröhre im Bereiche der Glans an einer ausgedehnten Urininfiltration mit schweren urämischen Erscheinungen litt, so dass sofort die Urethrotomia externa ausgeführt werden musste. Es gelang die Narbenstrictur an und hinter dem Orificium urethræ durch den von der Dammwunde aus eingeführten Catheter von hinten nach vorne zu sprengen und darauf einen Catheter durch die ganze Länge der Harnröhre bis in die Blase einzuführen. Der Verlauf war ein günstiger; die urämischen Symptome verschwanden, die Dammwunde heilte; allein es bestand noch eine Dammfistel, als Patient, gegen den Willen der Aerzte, schon nach 5 Wochen die Klinik verliess. Zu Hause soll die Operationswunde rasch vollends geheilt sein. — Im Spätsommer 1887 entwickelte sich nun von dem narbigen Orificium urethræ aus rasch ein blumenkohlartiger Tumor, so dass Pat. am 14. Nov. 1887 zum 2. Mal in die Klinik sich aufnehmen liess. Die Glans und der vordere Theil des Truncus penis war nunmehr ganz in einem scheusslich stinkenden, blumenkohlartigen Carcinom aufgegangen, durch welches einzelne Fistelgänge in den hintern Theil der Harnröhre führten. Am 25. Nov. wurde die Amputatio penis im Gesunden ausgeführt, worauf rasche Heilung erfolgte. (Demonstration des Präparats.)

In diesem Falle hat sich also ein Carcinom aus den Narben einer verharschten Schrotschusswunde am Penis entwickelt.

3. **Vorstellung einer Patientin, bei welcher wegen Carcinoma pylori die Resectio pylori mit Erfolg ausgeführt worden ist.**

[1]) Erhalten den 26. März 1888. Red.

Die Operation der 40jährigen, ausserordentlich abgemagerten Patientin fand am 9. November 1887 — also vor ca. 5 Wochen — statt und wurde nach dem Vorgange von *Billroth* ausgeführt, ohne dass ein Zwischenfall die Operation erschwert hätte. Das ringförmige Carcinom des Pylorus hatte das Lumen des letztern bis auf Federkielweite verengt, im Uebrigen aber noch zu keinen Verwachsungen mit den naheliegenden Organen (Pancreas, Leber) geführt. Das resecirte Stück des Magens mass an der kleinen Curvatur 7 cm., an der grossen 10 cm., der grösste Durchmesser der Operationsöffnung am Magen betrug 11 cm., derjenige der Oeffnung am Duodenum 4 cm. — Zur Naht wurde ausschliesslich Sublimatseide, zur Desinfection Sublimatlösung (1 : 2000) verwendet; fortlaufende Naht der Schleimhaut; *Lembert*-Naht in 2 Etagen der Serosa und Muscularis. — Reactionsloser Verlauf und Heilung. — Seit der Operation hat Pat. sich bedeutend erholt und bis jetzt 4 kg. an Körpergewicht zugenommen. Sie isst und verdaut Alles. Patientin wird vorgestellt.

Im Anschluss an diesen Fall gibt *K.* noch einen Ueberblick über eine Reihe von Verdauungsversuchen, welche mit dem Magensaft der Pat. vor und nach der Operation mit Hühnereiweiss vorgenommen worden sind. Von Interesse ist namentlich auch die Beobachtung, dass sowohl vor als auch nach der Operation und Heilung die Reaction auf Salzsäuregehalt des Magensaftes negativ war.

4. Mittheilung über einen kürzlich beobachteten Fall von **traumatischer narbiger Pylorusstenose** bei einem jungen Manne, bei welchem in einer Sitzung die **Resectio pylori** und die **Gastro-Enterostomie** ausgeführt wurde.

Der 24jährige, früher gesunde Mann, Bereiter von Beruf, war im März 1887 vom Pferde gestürzt und hatte einen heftigen Stoss gegen die Magengegend dabei erlitten. Von der Zeit an litt er nach jedem Essen an Schmerzen in der Magengegend, zu dem sich 4 Wochen nach dem Unfall Erbrechen gesellte. Rasche Entkräftung und Abmagerung trat ein, so dass Pat. bis Ende Juli 1887 von 150 Pfund Körpergewicht auf 106 Pfund herunterkam. Im September wurde er auf die medicinische Klinik aufgenommen; heftige Schmerzen in der Pylorusgegend, häufiges und reichliches Erbrechen, oft von caffeesatzähnlichen Massen, in denen sich veränderter Blutfarbstoff nachweisen liess, rascher Kräftezerfall in Folge des Unvermögens, jegliche Nahrung bei sich zu behalten, zuletzt der Nachweis einer deutlichen wallnussgrossen Resistenz rechts von der linea alba oberhalb des Nabels und evidente Magendilatation — alle diese Symptome veranlassten Herrn Prof. *Eichhorst*, die Diagnose auf hochgradige Narbenstenose des Pylorus zu stellen und den Pat. am 17. Nov. 1887 der chirurgischen Klinik zum Zwecke einer operativen Behandlung zuzuweisen. Pat. war zum Skelett abgemagert, das Körpergewicht auf 76 Pfund heruntergesunken. Da alle Nahrung erbrochen wird, wird bis zur Operation das Leben durch Nährklystiere kümmerlich gefristet.

Am 24. Nov. 1887 wird nach sorgfältiger Vorbereitung zur Operation geschritten. Dabei bestand die Absicht, womöglich den stenosirten Pylorus zu reseciren und nur, wenn solches sich als unmöglich erweisen sollte, die Gastro-Enterostomie nach *Wölfler* vorzunehmen. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigte sich die Pars pylorica durch ein derbes Narbengewebe mit der Rückseite und besonders mit der Leber fest verwachsen und selbst narbig verhärtet. Gleichwohl hoffte man durch geduldige Präparation die Pars pylorica so weit isoliren zu können, um die Resection folgen zu lassen. Dies gelang auch. Allein als die Resection der narbig degenerirten Pars pylorica vollzogen wurde, zeigte es sich, dass der duodenale Querschnitt nur eine für eine feine Knopfsonde passirbare Oeffnung besass; ein weiteres Stück des Duodenum zu reseciren aber war nach Lage der Verhältnisse ganz unmöglich und so entschloss sich der Operateur, zunächst das Duodenalende des Darms durch zahlreiche Nähte ganz zu verschliessen und demnächst das Magenlumen in eine Schlinge des Jejunum zu inseriren, also eine modificirte *Wölfler*'sche Gastro-Enterostomie auszuführen. Die ganze Operation dauerte 2 Stunden; im übrigen konnte sie sauber und ohne bedeutenden Blutverlust ausgeführt werden. Sublimatantiseptik wie in dem vorhin erwähnten Fall. — Der Verlauf war leider ein un-

günstiger. Pat. war nach der Operation sehr erschöpft und starb unter den Erscheinungen des Collapses am folgenden Tage. — Die Section ergab keinerlei Spuren von Peritonitis; alle Nähte am Duodenum und Magen-Jejunum schlossen vollständig.

5. *K.* gibt einen Ueberblick über die **Laryngofissuren und Larynx-Exstirpationen,** welche er bisher auszuführen Gelegenheit hatte.

Da aber sämmtliche 12 Fälle zur Zeit in einer Dissertation von einem seiner Schüler ausführlich beschrieben werden, so wird auf ein Referat an dieser Stelle verzichtet. —

Discussion: Prof. *O. Wyss* theilt mit dem Vortragenden die Ansicht, dass sämmtliche tiefern Geschwulst-Erkrankungen des Larynx von aussen operirt werden müssten. Auch Papillome bei kleinen Kindern unter 5 Jahren sollten durch Laryngofissur entfernt werden, hingegen hält Prof. *W.* dafür, dass viele ausgedehnte Papillome ohne Laryngofissur zu heilen seien.

Prof. *Krönlein* wiederholt, dass in dem einen der angeführten, gemeinschaftlich mit *Bose* fissirten Falle die intralaryngeale Operation wegen grosser Reizbarkeit nicht gelang.

Dr. *Kaufmann* hält, anknüpfend an die Sublimatantisepsis, die *Angerer*'schen Pastillen für geeignet, um Lösungen zum sofortigen Gebrauch zu bereiten. Er betont die ausserordentliche Haltbarkeit der Pastillen.

In einem von *K.* mit Totalexstirpation operirten Falle von Larynxcarcinom stellte sich ein Recidiv ein, wahrscheinlich vom Perichondrium ausgehend.

Dr. *Fick* erwähnt, dass *Koch* als Methode zur Prüfung von Sublimatlösungen rathe, einen Kupferstreifen in die Lösung zu tauchen. Wenn der Kupferstreifen weiss werde, sei die Lösung noch brauchbar.

Prof. *Krönlein* betont noch die ausserordentliche Wirksamkeit von Sublimatlösungen. 1 : 20,000 vernichtet nach *Koch* und *Buchholtz* noch Bacillen.

III. Präsident theilt mit, dass sich Herr med. pract. *Welti*, Assistent am pathologisch-anatomischen Institut, zur Aufnahme in die Gesellschaft gemeldet hat.

Referate und Kritiken.

Ueber Heilgymnastik und Massage.

Von *H. Nebel.* Sammlung klinischer Vorträge Nr. 286. Breitkopf & Härtel, Leipzig.

Nach einem geschichtlichen Ueberblick, in welchem Verf. zeigt, dass die Massage schon zu den ältesten Zeiten bei den Chinesen und Indern im Gebrauch war, dass ferner bei den Griechen die Gymnastik in hohem Ansehen stand, von welcher die Massage einen integrirenden Bestandtheil bildete, gibt er die Definition dieser Begriffe. Die Massage und Gymnastik sollten eigentlich nicht von einander getrennt werden, da erstere nichts anderes ist, als eine Art passiver Gymnastik, weshalb auch *Busch* und *Schreiber* das Wort „Bewegungscur" vorschlugen. Verf. lässt dem Schweden *Ling*, als dem eigentlichen Begründer einer brauchbaren, systematisch aufgebauten Bewegungslehre volles Recht widerfahren, nachdem demselben, besonders von französischen Autoren, jenes Verdienst (weil angeblich nicht eigene Erfindung) geschmälert worden. — Die Nothwendigkeit einer richtigen Abtrennung des Begriffs von pädagogischer und militärischer Gymnastik von der eigentlichen schwedischen Heilgymnastik wird betont und letztere näher beleuchtet, wobei Verf. hauptsächlich auf die vorzüglichen Widerstandsbewegungen *Ling*'s aufmerksam macht, die jedem Individuum angepasst werden können. — Betreffend die Massage wird in Vermeidung der zahllosen (französischen) Manipulationsbezeichnungen das einfache und practische Schema von *Metzger*, des gegenwärtig bedeutendsten Vertreters dieser Specialität, mitgetheilt:

1) Effleurage, Streichung mit flacher Hand.
2) Massage à friction, kräftige kreisförmige Reibungen.
3) Pétrissage, Knetung.
4) Tapotement, Klatschung oder Klopfung.

P. Niehans.



Lungenschwindsucht und Höhenklima.

Beiträge zur Aetiologie und Therapie der Tuberculose. Von Dr. *H. Jacubasch*, Stabsarzt a. D., Badearzt in St. Andreasberg. Stuttgart, Ferd. Enke, 1887. 76 S.

Nach den Worten des Verfassers soll das vorliegende Büchlein nicht etwa eine Monographie über Tuberculose darstellen, sondern nur eine Reihe von Fragen behandeln, die eine vorwiegend practische Bedeutung besitzen. In fünf Capiteln werden Aetiologie, Pathogenese, Heilbarkeit, Prophylaxe und Therapie der Tuberculose besprochen. Der Standpunkt, den der Verfasser einnimmt, ist der eines consequenten Infectionisten. Er gibt uns eine Menge von Angaben aus der Schwindsuchtslitteratur wieder, die seine Ansichten unterstützen, während eigene Beobachtungen beinahe gänzlich fehlen. Uns interessiren namentlich die beiden letzten Capitel der practischen Gesichtspunkte wegen, die darin enthalten sind. Was die Prophylaxis betrifft, so fordert *J.* Regelung derselben durch den Staat auf dem Wege der Gesetzgebung und zwar auf breitester Grundlage. Ueberwachung des Viehbestandes und der Milchwirthschaft, Fleischschau, Ueberwachung der hygieinischen Verhältnisse in Fabriken etc., Gründung von Kinderheilstätten im Gebirge, zwangsweise Desinfection des Nachlasses von Tuberculösen — das alles soll der Staat an die Hand nehmen. Die Frage über das Höhenklima wird im Capitel über Therapie besprochen, aber durchaus nicht erschöpfend. Es ist natürlich, dass der Verfasser in consequenter Durchführung seiner Ansichten über Infection der Abnahme fremdartiger Bestandtheile, insbesondere der Bacterien in der Luft mit der Zunahme der verticalen Erhebung den grössten Einfluss der heilenden Wirkung des Höhenklimas zuschreibt, und allen übrigen Factoren nur eine untergeordnete Bedeutung beilegt. Diese kommen nur insofern in Betracht, als sie dazu beitragen, den Verunreinigungen der Luft entgegenzuwirken, wie z. B. die atmosphärischen Niederschläge, Winde etc.

Nach meiner Ansicht begeht der Verfasser den Fehler, den Jeder macht, wenn er bei Besprechung der Höhenklimafrage einen einzelnen Factor herausgreift und demselben eine ausschliessliche Bedeutung zuerkennt. Nur die Ergänzung aller einzelnen Factoren zu einer Gesammtwirkung kann uns eine befriedigende Erklärung für die Erfolge, die wir in den Höhenstationen erzielen, geben. Was nützt uns die Reinheit der Luft, wenn sie nicht in ausgiebigster Weise dem Heile des Kranken dienlich gemacht werden kann. Nur das günstige Zusammenwirken aller einzelnen Factoren des Höhenklimas ermöglicht es, dass die Kranken besser als irgendwo sonst die reine Luft geniessen können, indem sie selbst im Winter einen grossen Theil des Tages im Freien zubringen können.

Neben der Ueberführung des Phthisikers an einen immunen Ort verlangt Verf. als zweite Indication die Vernichtung der im Körper angesiedelten Bacillen. Eine grosse Wirksamkeit schreibt er den desinficirenden Inhalationen zu. Er verwendet ausschliesslich Fichtennadeldämpfe, die in Inhalationszimmern eingeathmet werden. Hartnäckige Spitzencatarrhe bringt er durch Anwendung der verdichteten Luft zum Schwinden. Ueber die Hauptsache der Behandlung, die Verbesserung der hygieinischen Verhältnisse des kranken Körpers und die Stärkung des Gesammtorganismus vergisst Verf. zu berichten. *Egger.*

Beiträge zu einer Reform des Hebammenwesens etc.

Von *Brennecke*. 2. Auflage. Berlin und Neuwied, Heuser's Verlag, 1888.

Die einen Reformer wollen die Hebammen ganz abschaffen und ihre Functionen Aerzten und Wartefrauen überlassen (*Freund*, Frau Dr. *Adams*, *Mermann*); andere wollen eine Besserung der bestehenden Zustände durch grössere Vorsicht in der Auswahl der Hebammenschülerinnen, durch bessere Fortbildung und Controlirung zu erreichen suchen (*Schultze*, *Fritsch*, *Schatz* u. a.). *Brennecke* drückt seine Ansicht so aus: „Wir brauchen Geburtshelferinnen oder Hebammen mit genau den Pflichten, Obliegenheiten und Befugnissen, wie sie die heutige Hebammenordnung diesem Stande auferlegt. Aber wir brauchen Hebammen, die in der Erfüllung dieser ihrer Pflichten und in der Innehaltung dieser ihrer Befugnisse durchaus zuverlässig sind." Dies will er dadurch erreichen, dass die Hebammen sich aus Frauen der gebildeten bessern Stände rekrutiren sollen, nicht aus den niedersten und ungebildetsten Volksklassen, wie es bis jetzt geschah. Diese neuen sollen auch einen andern Namen tragen (z. B. Diaconissinnen) und sich an Wöchnerinnenasyle anlehnen, die einerseits armen Frauen (keinen Unverheiratheten) über die Zeit ihrer Niederkunft Unterkommen gewähren sollen; anderseits sollen daselbst unter Leitung eines Arztes,

der Hausmutter und der im Hause functionirenden Hebammen geeignete Frauen in der Pflege der Wöchnerinnen und Neugebornen unterwiesen werden. Ein solches Asyl existirt unter des Verf. Leitung in Magdeburg. Das Buch ist aus 4 Vorträgen, die *Brennecke* bei verschiedenen Gelegenheiten gehalten hat, hervorgegangen und sei bei der Wichtigkeit der Frage, die überall und so auch bei uns auf der Tagesordnung steht, allgemein empfohlen. *Roth* (Winterthur).

Anthropologie.

Von *P. Topinard*. Nach der dritten französischen Auflage übersetzt von Dr. *R. Nienhaus*. Mit 52 in den Text gedruckten Abbildungen. Leipzig, 1888. XXXIV. 540 S.

Unter den Anthropologen Frankreichs ist *Topinard* einer der fruchtbarsten. Er ist unermüdlich, der Anthropologie eine feste Grundlage durch Verbesserung der Untersuchungsmethoden zu geben. Wir sehen ihn die anthropologische Literatur des Auslandes benützen, denn die Wissenschaft ist international, wie er dies öfters mit einem absichtlichen Nachdruck betont, weil manche seiner anthropologischen Collegen offenbar darüber anderer Meinung sind. Auch innerhalb der Revue d'Anthropologie, deren Director er seit dem Tod des berühmten *Broca* geworden ist, sucht er die Berücksichtigung der fremdländischen Literatur mit Eifer anzuregen. Alle diese trefflichen Eigenschaften des Autors kommen der vor uns liegenden dritten Auflage seiner Anthropologie zu gut. Zu dieser Anerkennung zwingt uns die Achtung vor dem aufrichtigen Streben *Topinard*'s, in diesen schwierigen Gegenstand Licht und Ordnung zu bringen. Wie weit ihm dies nach unserer Ansicht gelungen, lässt sich hier nicht in Kürze auseinandersetzen, schon deshalb nicht, weil Ref. in vielen wesentlichen Punkten anderer Meinung ist, und eine Erörterung viel zu weit führen würde. Das eine Verdienst bleibt dem Verfasser unbestritten, dass er den schwierigen Gegenstand sehr gut und anziehend zugleich dargelegt hat. Der Uebersetzer hat ebenfalls seine Schuldigkeit gethan, und so wird das inhaltreiche Werkchen viel Anregung bringen. *Kollmann*.

Das Lustgas und seine Verwendbarkeit in der Chirurgie.

Von *Carl Schrauth*. Sammlung klin. Vorträge. Nr. 281. Verlag von Breitkopf & Härtel, Leipzig.

Vorliegende Arbeit gibt in gedrängter Form eine gute Uebersicht über das für uns Wissenswerthe bezüglich des sog. Lustgases. — Nach einem geschichtlichen Rückblick erläutert Verf. die chemischen Eigenschaften dieses Gases und seine Darstellung, ferner die verschiedenen Arten der Anwendung, wobei die jetzt allgemein gebräuchliche Verwendung des comprimirten Gases als die bequemste hervorgehoben wird. Unter Hinweis auf die neuesten Thierexperimente von *Goldstein* und die äusserst günstige Statistik der bis jetzt unternommenen Narcosen (auf mehrere Millionen berechnet mit nur 8 Todesfällen) zeigt er, dass das Lustgas ein ebenso vorzügliches wie relativ ungefährliches Anästheticum ist. Die klinischen Erscheinungen bei der Application des Gases werden genau beschrieben. — Leider ist der grosse Nachtheil dieser Narcose, nämlich deren kurze Dauer, practisch noch nicht ausgeglichen, da das geistreiche Verfahren *Paul Bert*'s, die Narcose mit Lustgas durch Beimengung von Sauerstoff und unter höherm Druck eingeathmet (*Fontaine*'s Kammer), beliebig zu verlängern, kaum Eingang finden könnte wegen der grossen Kostspieligkeit und Complicirtheit des hiezu erforderlichen Apparates. *P. Niehans*.

Ueber die Wanderniere der Frauen.

Von Dr. *H. Lindner*. 60 Seiten. Berlin, Heuser's Verlag. 1888.

Verf. bezweckt mit seiner Arbeit auf die grosse Wichtigkeit der Wanderniere für die Pathologie des weiblichen Organismus hinzuweisen. Er hält die Wanderniere für sehr häufig und fordert auf Grund seiner Erfahrungen dazu auf, die Wanderniere als ein ätiologisches Moment der weiblichen Nervosität anzusehen, mithin bei Bestehen der letzteren stets die Nieren zu untersuchen, zumal in Fällen, wo im Unterleib andere krankhafte Störungen nicht manifest nachzuweisen sind.

Einen besondern Werth beansprucht das Capitel der Therapie, da hier die verschiedenen, zumal operativen Behandlungsvorschläge einander gegenüber gestellt und kritisch

auf ihre Leistungsfähigkeit geprüft werden. Verf. versucht stets zuerst die Bandagen-Behandlung: „er lässt während des Tages unter dem Corset eine den Leib fest umschliessende Binde von derbem Stoffe tragen, die hinten geschnürt wird und an der Stelle, wo die Niere unter den Rippen hervortritt, ein länglich rundes, fest gepolstertes Kissen enthält, daneben an der der Wanderniere entsprechenden Seite einen Schenkelriemen.“

Für die schlimmsten Fälle wird die operative Behandlung empfohlen und zwar die Nephrectomie, Schnitt parallel dem Rippenrand zwischen diesem und der Crista ilei mit Durchtrennung des Peritoneums. Zwei vom Verf. operirte Fälle heilten prompt. Von 36 Nephrectomien heilten im Ganzen 27 (75%) und starben 9 (25%) Fälle. Auf 29 Nephrorhaphien nach *Hahn* kommt 1 Todesfall, hingegen sucht Verf. aus den Endresultaten bei den bis jetzt der letztern Operation unterworfenen Patienten zu beweisen, dass sie in ihren Resultaten ungenügend und daher verwerflich sei. *Kaufmann.*

Bacteriologische Diagnostik.

Hülfstabellen beim practischen Arbeiten. Von *James Eisenberg.* 2. Auflage.
L. Voss, Hamburg. 5 Mark.

Diese Auflage hat durch veränderte Anordnung der Tabellen und auch durch sorgfältigeres Ausarbeiten derselben bedeutend an Werth gewonnen. Es finden sich die wichtigsten der beschriebenen Microorganismen darin aufgeführt — 138 an der Zahl. Die Tabellen dienen demjenigen, der in Bacteriologie arbeitet, zur leichtern Orientirung. Die Ausstattung ist gut. *Garrè.*

Cantonale Correspondenzen.

Aargau. † **Dr. A. Fetzer in Rheinfelden.** Der Todesengel scheint unter unserm ärztlichen Personal dieses Jahr arg hausen zu wollen, denn schon wieder ist der Tod eines vorzüglichen und im besten Mannesalter stehenden Collegen zu melden und tief zu betrauern: Montag den 30. April, Nachmittags 5 Uhr, starb Dr. *Adolf Fetzer* von und in hier — erst 43 Jahre alt — an einer Herzlähmung im Anschluss an eine Lungenentzündung. — Wer den Verstorbenen gekannt hat, der wird sich unwillkürlich fragen müssen: „Wie ist das möglich! Der Mann todt! Mit der imposanten Figur! Er — einer Eiche gleich, so stramm, fest und lebensfrisch. Wie ist das gekommen?“ — Allerdings konnte man seinen so überraschend schnell eingetretenen Tod nicht ahnen, wenn man ihn noch 8 Tage vorher rüstig von der Landpraxis heimkehrend gesehen hat. Und wie war er in fröhlicher Gesellschaft da oder dort von den Heitern immer der Heiterste und Lebendigste! Selbst bei seiner ausgedehnten und ermüdenden Praxis sah man ihn nie mürrisch. — Wie es jedem stark beschäftigten Arzte ergeht, der weder die Hitze noch die Kälte, überhaupt kein Unwetter bei Tag oder Nacht scheut, so hatte auch er mit Erkältungskrankheiten zeitweise zu thun. So musste er deshalb vor 4 Jahren 14 Wochen lang an acutem Gelenkrheumatismus liegen und acquirirte dabei eine Herzaffection, welche sich bei der letzthin aufgetretenen nur 7tägigen Lungenentzündung leider in so trauriger Weise geltend machte. Für seine allgemeine Beliebtheit und Hochachtung leistete das Leichenbegängniss letzten Donnerstag den besten Beweis, denn von Nah und Fern zogen Freunde und Bekannte heran, um ihm noch die letzte Ehre erweisen zu können.

Dr. *A. Fetzer* vervollkommnete sich nach Absolvirung seiner Gymnasialstudien ein Jahr lang im Französischen in Genf, studirte nachher in Göttingen, Heidelberg und Zürich Medicin und kehrte dann nach Absolvirung des Staats- und Doctorexamens in sein Vaterhaus nach Rheinfelden zurück, um die Praxis auszuüben, die er bekanntlich auch in vorzüglicher und gewissenhafter Weise versah. Er hinterlässt eine tieftrauernde Wittwe mit einem Sohn und einem Töchterchen und viele Freunde, die ihn nie vergessen werden. Er ruhe im Frieden! *Wieland.*

Bern. In der **Versammlung schweiz. Sanitätsstabsofficiere** im November 1887 in Olten (vide Corr.-Bl. 1888, Nr. 1, pag. 29) wurde beschlossen, das Ergebniss der Verhandlungen und die daraus resultirenden Wünsche in einer Zuschrift an das eidg. Militärdepartement auseinanderzusetzen und mit der Abfassung dieser Schrift Herr Oberstlieut. Dr. *Kummer* beauftragt.

Dieselbe lautet:

Hochgeehrter Herr Bundesrath!

Die zahlreich versammelte Sanitätsofficiersversammlung, die am 26. November 1887 in Olten tagte, hat in bisher gewohnter Weise und Ihrem mit Schreiben vom 1. October uns ausgesprochenen Wunsche entsprechend, die Recrutenuntersuchung einer eingehenden Besprechung unterworfen und beschlossen, Ihnen Folgendes ergebenst als Antwort zu unterbreiten:

Wir sind uns Alle längst bewusst, dass unsere saure und schwere Recrutenuntersuchungsarbeit den Anspruch auf absolute Vollkommenheit nicht machen kann, und dass dieselbe, wie übrigens alles menschliche Thun und Wissen, Stückwerk und mit vielen Mängeln behaftet ist. Zu dieser Unvollkommenheit wirkten bisher aber viele und verschiedene Factoren mit.

Vorerst ist es begreiflich, dass wohl nirgends so sehr die subjective Auffassung eine so grosse Rolle spielt, wie in der Abschätzung der mehr oder weniger tief liegenden, nicht immer mit Maass und Zirkel abzumessenden, die Diensttauglichkeit beeinflussenden Leiden. Es dürften wohl Wege gefunden werden, diesen Spielraum der subjectiven Auffassung in engere Grenzen zu bringen, wie dies in analogem Falle bei den Pädagogen mit Erfolg geschehen ist. Zu diesem Behufe müsste zum mindesten den ca. 24 Commissionsvorsitzenden in officieller Weise Gelegenheit geboten werden, sich in gemeinsamer Arbeit und nicht nur in Discussion über ein einheitliches Vorgehen zu verständigen. Diese Gelegenheit könnte z. B. geschaffen werden durch Besammlung aller Vorsitzender in irgend einem Kreise zu gemeinsamer Untersuchung, wobei dann die sich stellenden Gebrechen an der Hand des concreten Falles einer gründlichen Besprechung unterworfen werden müssten. Eine 2—3tägige derartige gemeinsame Arbeit müsste ein mächtiges Mittel zur Erzielung einer grössern Gleichmässigkeit abgeben.

Gebe man uns Aerzten die gleiche Zeit und den gleichen Credit wie den Pädagogen, so wird gewiss Vieles besser werden. Die Sache wäre es wohl werth, denn die dadurch erzielte Reduction der Zahl unrichtig beurtheilter Recruten würde die Unkosten mehr als ausgleichen.[1])

Im Fernern müssen wir darauf hinweisen, dass die noch immer vorkommende Tagesarbeitsüberhäufung eine durchgehends exacte Untersuchung zur physischen Unmöglichkeit macht. Die Untersuchung von 100 Mann ist eine grosse Tagesarbeitsleistung, und doch wird dieses hochgestellte Maximum immer noch überschritten, an vielen Orten nur durch ungleiche Vertheilung der Aufgebotenen (wie z. B. im Kreis 9 der IV. Division an einem Tage 144 und am andern 86, in Stans an einem Tag 100 und am andern nur 42 Mann aufgeboten waren).

Auch das Quale der Untersuchungslocale beeinflusst die Exactität der Untersuchung mächtig. Noch vielerorts entsprechen dieselben den im Reglement aufgestellten Bedingungen gar nicht und hat man in dieser Beziehung mit grossen Hindernissen und Schwierigkeiten zu kämpfen.

Sodann ist mit vollem Recht in Besprechungen und Berichten mit grossem Nachdruck darauf aufmerksam gemacht worden, dass seit 1875 bis zur bundesräthlichen Sanction der neuen Instruction im September 1887 ein grosses Schwanken selbst in den Vorschriften bestanden hat. Es wurde an denselben geändert und durch Kreisschreiben bald eine strengere, bald eine mildere Handhabung vorgeschrieben. Der Mangel an der constitutionell nothwendigen Sanctionirung vieler Ergänzungsvorschriften darf hier als bisher mächtig mitwirkend angesehen werden, denn es entbehrte bislang das ganze Aushebungsgeschäft eines bestimmten sicheren Bodens, der nun endlich durch die bundesräthliche Adoption der neuen Instruction geschaffen ist, und wohl nicht so bald wankend werden wird.

Endlich ist sicherlich von nicht unbedeutendem Belang, dass vielfach die Instruktionsinstanzen und anderen militärischen Competenzen durch Verfügungen und Weisungen,

---

[1]) Die Ausrüstung eines Recruten kostet den Bund ca. 300 Fr. Es ist also einleuchtend, dass jeder Weg, welcher die Zahl der unnöthiger Weise ausgerüsteten Recruten (d. h. der als untauglich aus der Recrutenschule Entlassenen resp. an die Herbstuntersuchung Gewiesenen) vermindert, eine bedeutende Ersparniss für die Bundeskasse bedeutet. Red.



Zurückweisung aus Schulen und Cursen, entgegen den bestimmten Vorschriften (Hernien, Fingerverletzungen, etc.) mithalfen, die Exactität unserer Arbeit in schiefes Licht zu stellen.

Hochgeehrter Herr Bundesrath! Wir Sanitätsofficiere fühlen sowohl in der Eigenschaft als gute Bürger und Patrioten, als in unserer militärischen Stellung, die Verantwortlichkeit voll und ganz, die uns auferlegt ist, indem man die Entscheidung über die physische Tauglichkeit unserer jungen Wehrkraft ausschliesslich in unsere Hände, als in diejenigen Sachverständiger, legt. Wir glauben, Sie versichern zu dürfen, dass wir uns bei jedem Entscheide bewusst sind, dass derselbe Theil nimmt an der grundlegenden ersten Bedingung einer leistungsfähigen, schlagfertigen Armee, an dem Bollwerk unserer Freiheit und Unabhängigkeit, und dass durch diesen hohen Ernst unsere schwierige Arbeit getragen ist. Es ist unsere Ueberzeugung, dass wenn in den äussern Bedingungen zu dieser Leistung uns mehr Vorschub geleistet wird in dieser und jener Weise, die Resultate derselben allmälig auch gute sein werden.

Wir können bei diesem Anlasse nicht umhin, Sie noch darauf aufmerksam zu machen, dass der Tenor in den Aussetzungen, die unsere Untersuchungsresultate durch die officielle Besprechung des statistischen Bureau's jeweilen erfahren, ein derartiger ist, dass die der Sache ferner Stehenden schon daraus den schärfsten Tadel herauslesen zu können glauben, wenn auch materiell (wie im letzten Bericht) die eigentlichen Aussetzungen auf ein Minimum zusammenschrumpfen und sogar unrichtig sind (vide die Refractionsfehler), und wir wünschten einstimmig von dieser Seite eine etwas objectivere und freundlichere Behandlung.

Indem wir Sie unserer ausgezeichneten Hochachtung versichern, zeichnet

Namens der Sanitätsstabsofficiersversammlung

Aarwangen-Olten, 14. April 1888. Der Präsident: Oberstlt. *Munzinger.*

Der Secretär ad hoc: Dr. *Jak. Kummer.*

Waadt. Ueber Thrombus sive Hæmatoma Vaginæ et Vulvæ. Sonntag den 10. Juli 1887 wurde ich um 7 Uhr Morgens in aller Eile zu einer Frau N. in Locle gerufen. Da indessen die Adresse ungenügend angegeben worden, gelang es mir erst um $^1/_4$ auf 9 Uhr, die Wohnung der Patientin aufzufinden.

Frau N. war die 35jährige Gattin eines in ziemlich guten Verhältnissen lebenden Uhrmachers und arbeitete selber in diesem Berufe. Anamnestisch liess sich feststellen, dass die Frau am Ende des 7. Monats ihrer zweiten Schwangerschaft angelangt, sich am vorhergehenden Sonnabend um 6 Uhr bereits etwas unwohl fühlte und die Arbeit etwas früher aufgab, als an anderen Tagen. Abends um 9 Uhr sass sie dann im Keller auf einem niedrigen Schemel und sah ihrem Manne zu, der Wein aus einem Fasse in Flaschen abzog. Als sie aufstehen wollte, machte sie eine ungeschickte Bewegung, der Schemel fiel um und mit ihm auch die Frau (also eine sehr geringe Fallhöhe). Im gleichen Augenblick will Patientin einen leichten Schmerz und sodann ein Gefühl von Schwere am Damm verspürt haben. Sie schenkte indessen dem Vorfall keine Beachtung und ging wie alle Abende um 10 Uhr ins Bett, wo sie zunächst einschlief. Nach einigen Stunden aber erwachte sie in eine laue Flüssigkeit gebadet, von Schmerzen geplagt, rief ihrem Manne, der bei Licht erkannte, dass das Bett voll Blut war. Anstatt sofort einen Arzt zu holen, suchte N. die Blutung mittelst Feuerschwamm und Spinnengewebe das aus einer Geschwulst sich ergiessende Blut zurückzuhalten. Es gelang ihm auch, durch leichten Druck nach und nach die Blutung so zu mässigen, dass nur noch von Zeit zu Zeit etwas Blut hervorsickerte. Die Frau soll ihre erste Geburt leicht überstanden haben, wurde nie von Varicen geplagt.

Status: Patientin ist eine magere bleiche Frau, welcher der ziemlich bedeutende Blutverlust anzusehen ist. Lippen bleich, Puls rapid, leicht unterdrückbar, Temp. 36,5°. Subjective Klagen über grosse Schwäche, Schwindel, Kopfschmerzen, ein paar Mal Erbrechen, Ohrensausen. Mit grösster Vorsicht wird Patientin auf ihrem Bette quer gelagert. Auf der linken Seite der Vulva zeigt sich ein über orangegrosser Tumor von bläulicher Farbe, aus dem von Zeit zu Zeit noch ein Tropfen Blut hervorsickert. Dieses Hæmatom nimmt die grosse Lippe (links) ganz ein und verlegt zum Theil die Schamspalte und verschiebt sie nach rechts. Mit dem Finger fühlte ich, dass die kleine Lippe zum Theil auch in die Bildung mit hineingezogen wurde. An der eigentlichen Schleimhaut der

Vulva nichts, was sich nicht durch die Schwangerschaft erklären liesse, besonders keine Varicen.

Der Umfang des Bauches entspricht dem 7. Monate der Schwangerschaft, Herztöne links vom Nabel. Von einer nähern Untersuchung wird abgesehen, um die Patientin nicht unnöthig aufzuregen.

Trotzdem ich von vornherein an eine Resorption der grossen Blutgeschwulst nicht glauben konnte, entschloss ich mich doch, es mit Kälte und leichter Compression vorerst zu versuchen; die Blutung war ja vorläufig gestillt; ich applicirte eine Aetherinjection und gab Champagner und Eis. Ich verliess Patientin mit der Weisung, mich bei erneuter wenn auch schwacher Blutung sofort holen zu lassen.

Um 6 Uhr Abends fühlt sich Patientin etwas wohler, keine neue Blutung über den Tag; die Kräfte haben zugenommen. Die Schmerzen an der Vulva sind die gleichen, der Tumor scheint etwas kleiner geworden zu sein, indessen kommt mir die Farbe der Hautdecken etwas verdächtig vor. Temp. 37°. Um bei einem in der Nacht nöthigen Handgriff ja keine Zeit zu verlieren, lasse ich alles, was zur Incision nöthig ist, in der Wohnung der Patientin bereit liegen.

Montag, 11. Juli. Patientin hat eine sehr unruhige Nacht hinter sich, Schmerzen raubten ihr den Schlaf. Sie klagt über Uebelkeit und Kopfschmerz. Temperatur in der Achselhöhle 39°. Puls rapid, etwas voller. Zunge belegt. Im Zimmer widerlich süsslicher Geruch. Die Geschwulst hat seit gestern noch etwas abgenommen und hat jetzt ungefähr die Grösse einer gewöhnlichen Orange. Deutliche Gangrän der Decken, breite intensiv rothe Demarcationslinie nach links aussen. Auf der Geschwulst hebt sich das Epithel in Fetzen ab; nässende Fläche; aus der Schamspalte entleert sich etwas blutig gefärbte, übelriechende Flüssigkeit.

Damit hatte aber auch wohl die exspectative Therapie ihr Ende erreicht. Die Frau wird auf ihrem Bette quer gelagert und ich mache nun eine ausgiebige Incision in der Längsaxe der linken grossen Lippe und kann mich sofort überzeugen, dass die Necrose sehr tief geht; es zerfällt alles unter dem Messer, so dass im Nu eine handtellergrosse Oeffnung entsteht, im Grunde deren man Blutgerinnsel erblickt. Dieselben werden sorgfältig geräumt unter Carbolirrigation. Indessen war nicht einmal die Hälfte entfernt, als eine sehr starke Blutung die Arbeit unterbrach. Da an ein Fassen des blutenden Gefässes im Grunde dieser Tasche nicht die Rede sein kann, wird sofort mit Jodoformgaze tamponirt. Die Tampons werden bis zur Symphyse hinaufgebracht und endlich gelingt es, die Hæmorrhagie vollkommen zu stillen. Dann folgt eine laue Sublimatausspülung des vordersten Theiles der Vagina (um ja nicht die Portio zu reizen und Contractionen auszulösen). Ein Verband ist sehr schwer zu fixiren; ich streue noch Jodoformcaffeepulver neben die Tampons, darüber kommt nun lose Jodoformgaze, dann Salicylwatte, und das Ganze wird mit einem Stück Gaze befestigt. Was ich am meisten fürchtete, war das Erwachen der Wehenthätigkeit, besonders da Patientin schon ein paar Mal über Coliken geklagt hatte. Daher 2 Dosen Opium. Am Nachmittag Temp. 38°. Ziemliche Euphorie, es wird am Verband nichts geändert. Kein Geruch, keine Coliken.

Abends 7 Uhr holt mich der Mann mit der Angabe, Patientin klage über heftige Wehen und habe etwas Wasser verloren. Dank der ziemlichen Entfernung war bei meiner Ankunft die Geburt schon erfolgt (todtes männliches Kind), auch hatte sich die Nachgeburt bereits gelöst. Beim Durchtritt des Kindes aber war der Verband natürlich entfernt worden und die oberflächliche Tamponschichte von Fruchtwasser, Meconium etc. durchnässt. Diese werden entfernt (die unversehrt gebliebenen tiefsten aber nicht berührt), durch neue ersetzt, der Verband wieder fixirt. Vaginalausspülung. Keine Blutung, Gebärmutter gut contrahirt, alles in Ordnung. Wie wird sich nun wohl das Puerperium gestalten, durfte ich mich billig fragen?

Dienstag, 12. Patientin hat letzte Nacht wenig geschlafen, dieselbe sonst aber ruhig zugebracht. Keine Schmerzen, abgesehen von etwas Nachwehen. Keine nennenswerthe Blutung. Temp. 37. Puls 85. Heute kann ich mir zuerst einen wahren Begriff von dem Defect in der Grösse der Hautunterminirung machen. Beim Verbandwechsel, bei dem alle Tampons, einer nach dem anderen mit aller Vorsicht entfernt werden, räume ich alle noch zurückgebliebenen gangränösen Fetzen und Coagula aus. Die ganze grosse Lippe, der grösste Theil der kleinen werden als necrotisch abgetragen. Die Haut ist bis zum

Schambogen unterwühlt. Keine Blutung. Ausspülung der Vagina und Tasche. Tampons (2) unterhalb der Symphyse, Jodoformcaffeepulver im Grunde, ein dickes Drain wird eingelegt, Verband wie am ersten Tage.

Ueber den weitern Verlauf kann ich mich kurz fassen. Die Frau verblieb bis zum 28. Juli in meiner Behandlung. Die Heilung der grossen Defecte ging glatt vor sich. Niemals Fieber, keine zersetzten Lochien. Allgemeinbefinden vortrefflich. Die linke grosse und kleine Lippe waren am 28. in eine Narbenmasse verwandelt, aus der eine kleine Fistel (Absonderung = null) ein paar Centimeter zur Symphyse hinaufführte. Durch zweimalige Aetzung (galvanocaustisch) geheilt.

Dieser Fall bietet interessante Einzelnheiten. Die Blutung trat bei dieser Frau in der Schwangerschaft auf ein sehr geringes Trauma hin auf. Grosse Varicen waren nicht sichtbar und es muss wohl eine in der Schwangerschaft schon beobachtete Alteration der Gefässwände für dieselbe verantwortlich gemacht werden. (*Schröder*'scher Fall, Hæmat. beim Stuhlpressen). In einem solchen Falle ist der Nutzen und der Segen der Antisepsis so recht in die Augen springend. Wenn auch diese Frau, wie im Falle *Stocker*'s sich „in guter bacterienfreier Luft“ aufgehalten hätte, so glaube ich doch, dass ohne die Wohlthaten der Antisepsis die nachtheilige Einwirkung eines solchen Herdes auf das Puerperium kaum ausgeblieben wäre.

Die Blutung muss hier wahrscheinlich unterhalb der Fascia pelvis ihren Sitz gehabt haben.

Die schon vielfach besprochene Therapie ähnlicher Fälle ist eine einfache. Ich glaube aber, dass, wenn auch eher Gangrän als Resorption zum Voraus als Ausgang angenommen werden muss, das Zuwarten, falls die Geschwulst sich weiter nicht vergrössert und das Allgemeinbefinden es erlaubt, kein Fehler ist: Denn dadurch leisten wir der Gerinnung Vorschub und die Gerinnsel können wir als eine Art Tamponade betrachten. Ferner dürfen wir auch erwarten, dass bei späterer Eröffnung die Blutung keine schwer zu stillende sein wird.

Der zweite Fall beansprucht bei weitem nicht das Interesse des eben mitgetheilten, ist aber ein gutes Beispiel zur Illustrirung der langsam als Folge des durch den Kopf der Vaginalmucosa gesetzten Insultes erfolgenden Hæmatome.

Fr. D., 27 Jahre alt. Primipara, gracil gebaut, sehr nervös, wurde von mir am 6. April 1886 mit der Zange ziemlich leicht entbunden. Intra partum bestand ein so hoher Grad von Vaginismus, dass trotz Cocaïnanwendung bei der sorgfältigsten Untersuchung die sonst vernünftige Patientin laut aufschrie.

Am 3. Tage Puerperii klagte Patientin über brennende, stechende, bis in das Kreuz ausstrahlende Schmerzen in der Vagina. Bei der Adspection fand ich 3 cm. von der Spalte entfernt auf der Vaginalmucosa ein nussgrosses Hämatom, das sich nach einigen Tagen zur Hälfte verkleinerte, um nach zwei Monaten zu verschwinden. Aber bei dieser sehr nervösen Frau hielten die durch dasselbe hervorgerufenen Beschwerden $^1/_2$ Jahr an und arteten zuletzt in solche hysterische Symptome aus, dass eine *Weir-Mitchell*'sche Cur, leider ohne grossen Erfolg, versucht werden musste.

Montreux, April 1888. Dr. *E. Perregaux.*

Zürich. Selbst ein kleiner Pockenausbruch bietet oft Gelegenheit zu Beobachtungen, welche geeignet sind, noch dunkle oder bestrittene Punkte in der Kenntniss der Pocken aufzuklären oder sicherer zu stellen. So auch die kleine Epidemie, welche vorwiegend im März d. J. vier untereinander verwandte Haushaltungen in Wiesendangen und Winterthur heimsuchte und zu 8 Erkrankungen führte. Die Wahrnehmungen, die hier mitgetheilt werden sollen, sind nur vereinzelte und hätten als solche geringen Werth; allein sie bestätigen anderweitige schon vielfach gemachte Erfahrungen und dienen als Stütze für diese.

1. Incubationszeit der Pocken. Es konnte diese ganz genau bei einer 32jährigen Frau festgestellt werden, welche am 15. März Nachmittags 2 Stunden auf Besuch bei ihrer Schwester war und zwar in der Stube, wo zwei pockenkranke Kinder am 8. Tage des Exanthemes lagen. Bei ihr traten nun die Vorläufer in der Nacht vom 25. auf 26. März ein und brach der Ausschlag in der Nacht vom 27. auf 28. März aus; es hatte somit die Incubation bis zum Eintritt der Vorläufer 10 Tage und mehrere Stunden,

bis zum Ausbruch des Ausschlages 12 Tage und mehrere Stunden, oder annähernd $10^1/_2$ resp. $12^1/_2$ Tage betragen. — Nicht ganz so genau liess sich die Incubationszeit bei den oben genannten zwei Kindern feststellen, weil hier das Prodromal- und Eruptionsstadium erst nachträglich, nach ca. 8 Tagen, durch Nachfragen bestimmt werden mussten. Angesteckt wurden dieselben ganz bestimmt am 28. Februar d. J. (Schaltjahr), an welchem Tage die Kinder mit ihrer Mutter Nachmittags 2 Stunden auf Besuch bei nahen Verwandten in Wiesendangen waren und hier in der Stube mit einem mindestens seit 8 Tagen an Pocken darniederliegenden Kinde zusammentrafen. Bei jenen zwei scheinen hierauf die Vorläufer am 6. März, der Ausschlag am 8. März aufgetreten zu sein, übrigens bei dem jüngeren, einem Mädchen, einen halben Tag später; darnach ergäbe sich eine Incubation von 12 Tagen für die Vorläufer und von 14 Tagen für den Ausschlag.

2. Zeitpunkt der Ansteckungsfähigkeit der Pocken. — Dass diese im latenten oder Incubationsstadium nicht anstecken, ist sicher; aber auch im Prodromalstadium und selbst im Beginne des Eruptionsstadiums des Exanthemes scheint die Ansteckungsfähigkeit ganz zu fehlen oder wenigstens sehr gering zu sein. Für diese Anschauung boten sich folgende Anhaltspunkte: a) der Vater obiger zwei Kinder, der sich von Anfang ihrer Pockenerkrankung an sehr viel mit ihnen abgab, sie herumtrug u. s. w., und dann, von ihnen angesteckt, selbst erkrankte, zeigte Beginn der Vorläufer am 22. März Nachmittags, die ersten Spuren des Ausschlages am 23. März Abends; legen wir nun eine wahrscheinliche Incubationszeit von 11 resp. 13 Tagen (für Vorläufer und Ausschlag) zu Grunde, so wäre seine Ansteckung am 10. oder 11. März erfolgt; an diesem Tage aber befanden sich seine Kinder bereits am 3. resp. 4. Tage des Exanthemes, das am 8. März begonnnen hatte. b) Die oben genannte Frau wurde am 25./26. März von den Vorläufern, am 27./28. März vom Beginne des Ausschlages befallen. Die aus den Eltern und vier Kindern bestehende Familie wohnte und schlief enggedrängt in zwei kleinen, neben einander liegenden Zimmern, so dass vielfacher Contact, Luftaustausch zwischen beiden Zimmern unvermeidlich, von strenger Isolation der Erkrankten keine Rede war, wenn sie auch vom 27. März an zu Bette blieb. Allein die Kranke wurde sofort am 1. Tage ihres Ausschlages, am 28. März Abends, nach Zürich abgeführt, mit dem Erfolge, dass weder ihr Mann und ein 7jähriges Kind, die geimpft waren, noch 3 ungeimpfte Kinder von 11 Monaten, 2 und 3 Jahren an Pocken erkrankten, d. h. während des Prodromalstadiums und des ersten Tages des Exanthemes angesteckt worden wären. Allerdings waren diese fünf Personen sofort am 28. März Nachmittags geimpft worden, und zwar mit vollstem Erfolge; allein bekanntlich hätte die Impfung den Ausbruch eines, wenn auch vielleicht leichten Pockenausschlages nicht verhindert, wenn die Pockenansteckung damals bereits erfolgt gewesen wäre. — Immerhin steigt die Gefahr der Ansteckung nach Beginn des Ausschlages von Tag zu Tag und ist daher baldmöglichste Isolirung unerlässlich.

3. Pockenempfänglichkeit bei Geimpften und Nichtgeimpften. — Von den 4 Haushaltungen mit Pockenfällen sind 2, in welchen je 1 Fall, weil nicht erkannt, ohne jede Isolation inmitten der betreffenden Familie und ohne Absperrung nach aussen gänzlich ablief, und 1, in welcher 2 Kinder volle 8 Tage mit ausgebildeten Pocken ebenfalls ohne jegliche Isolirung verblieben, weil die Krankheit anfänglich für Varicellen gehalten wurde. Hier überall bestand somit während hinreichender Zeit die günstigste Gelegenheit für die betreffenden Hausgenossen, beim ununterbrochenen Contacte mit den Pockenkranken ebenfalls angesteckt zu werden. Die primären Pockenfälle in jeder Haushaltung entstanden selbstverständlich stets durch Ansteckung von aussen her. Von diesen sämmtlichen Hausgenossen waren nun die einen geimpft, die andern, alles Kinder, ungeimpft; es ist daher von Interesse, festzustellen, wie sich diese beiden Classen in ihrer Empfänglichkeit für Pocken verhielten.

Die 1. Haushaltung bestand aus einem ungeimpften Kinde von 2 Jahren, welches primär an Pocken erkrankte, und aus vier Erwachsenen, den Eltern von 20—30 Jahren und den betagten Grosseltern, alle geimpft, der Grossvater ausserdem vor circa 35 Jahren gepockt; diese vier gingen frei aus.

Die 2. Haushaltung bestand aus den Eltern, der Vater 31, die Mutter 33 Jahre, einem Knaben von 7 Jahren, diese drei geimpft, und aus drei ungeimpften Kindern von 3, 4 und 6 Jahren. Primär erkrankte hier die Mutter sehr leicht, mit ganz wenigen, über

den Körper zerstreuten, rasch ablaufenden Pockenpusteln, und secundär zwei ungeimpfte Kinder von 3 und 4 Jahren.

Die 3. Haushaltung bestand aus den Eltern, Vater 33, Mutter 29 Jahre, beide geimpft, und aus zwei ungeimpften Kindern von 3 und 4 Jahren; diese zwei erkrankten primär, der geimpfte Vater secundär.

Es fanden sich also in diesen drei Haushaltungen: a) sechs Ungeimpfte, alles Kinder, von welchen fünf an Pocken erkrankten und nur eines frei ausging; b) neun Geimpfte, ein Kind und acht Erwachsene, von denen trotz günstigster Gelegenheit nur zwei Erwachsene erkrankten, während sieben frei blieben.

Die vierte Haushaltung (vide 2. b.) fällt hier ausser Betracht, weil angenommen werden darf, dass durch die sehr frühzeitige Evacuation der pockenkranken Frau weitere Ansteckungen, für welche die Verhältnisse sonst sehr günstig waren, verhütet worden sind.

4. Sanitätspolizeiliche Maassregeln: Möglichst baldige Verbringung der Kranken in ein Pockenabsonderungshaus; gründliche Desinfection (Aussieden alles Waschbaren, Fegen und Lüften der Localitäten); für diese Zeit Absperrung; dann aber, also nach 3—4 Tagen, Freilassen aller, selbst der möglicherweise im Incubationsstadium sich Befindlichen, keine 14tägige Quarantäne derselben, dagegen periodische Visitationen und Beaufsichtigung des Gesundheitszustandes bis nach vollem Ablauf der möglichen Incubationszeit.

Winterthur, 5. Mai 1888. *E. Müller.*

Wochenbericht.

Schweiz.

— **II. schweiz. Aerztetag in Lausanne.** Als 4. Tractandum ist angemeldet: La Contagion à l'Hôpital de Genève. Prof. Dr. *Revilliod.*

Auf nachdrücklichen und einstimmigen Wunsch der Société médicale Vaudoise und Beschlussesfassung in der Sitzung vom 5. Mai wird der schweiz. Aerztetag in Lausanne nicht — wie die versandten Einladungen melden — durch einen Collegen der französischen Schweiz, sondern durch den derzeitigen Präsidenten des Central-Vereins eröffnet und präsidirt werden.

Fahrgelegenheiten nach Lausanne. Für Collegen, die's eilig haben, ist zu empfehlen: Der Morgens 4 Uhr in Lausanne ankommende Nachtschnellzug (2^{30} ab Chur; 8^{50} ab Zürich; 8^{55} ab Basel; 5^{35} ab Luzern etc.). Um die Freitag Abends stattfindende Empfangssitzung mitmachen und sich vorher behaglich im Gasthof einnisten zu können, ist der Nachmittags 4^{25} in Lausanne ankommende Zug der richtige (9^{30} ab Zürich; 10^{20} ab Basel; 10^{12} ab Luzern etc.).

Es wird in Erinnerung gebracht, dass die Retourbillets ab genannten und ähnlich entfernten Stationen nach Lausanne 4 Tage gültig sind und dass in Winterthur und Zürich Billets mit 6tägiger Gültigkeitsdauer zur Ausgabe gelangen, welche zur Hinfahrt via Bern-Freiburg und Rückfahrt via Neuenburg-Solothurn oder umgekehrt berechtigen. — Endlich sind an den meisten Stationen combinirbare Rundreisebillets erhältlich — welche alle möglichen Wünsche des Reisenden berücksichtigen. Tags vorher zu bestellen! Nochmals Auf, liebe Freunde und Collegen, nach Lausanne!

— Vom 4.—30. Juni wird Dr. *O. Roth* im hygieinischen Institut in Zürich **einen bacteriologischen Curs für practische Aerzte** abhalten. — Besprechung zum Zwecke der Festsetzung der Stunden Montag den 4. Juni, 2 Uhr Nachmittags Rämistrasse 85.

Anmeldungen an: Dr. *O. Roth*, Assistent am hygieinischen Institut in Zürich.

Ausland.

— **Antipyrin als Hæmostaticum.** *Henoque* berichtet über die blutstillenden Eigenschaften des Antipyrin, das je nach dem Fall in Pulverform, in Lösung, oder in Salbenform applicirt werden kann. In Pulverform kann es direct auf die blutende Wunde gestreut, oder bei Epistaxis insufflirt werden; in Lösung (am besten 1 : 20) z. B. bei Metrorrhagie wird ein damit getränkter Wattebausch eingeführt. In Salbenform (1 : 3) wird es auf leicht blutende Geschwüre, z. B. Carcinome, aufgelegt und wirkt bei jauchigen Geschwüren zugleich als Desodorans. —

— **Ueber die antiseptische Wirkung des Chloroformwassers.** Prof. *Salkowski* berichtet in der „D. med. W.“ Nr. 16 über seine seit Jahren fortgesetzten Versuche, Harne zu conserviren. Wird Harn mit Chloroform, das im Ueberschuss seiner Löslichkeit, d. h. mehr als 5 ccm. per Liter zugesetzt ist, geschüttelt und in verkorktem Gefässe aufbewahrt, so soll sich derselbe haltbar und für alle Untersuchungen verwendbar zeigen. Die ammoniakalische Gährung tritt nicht ein. Er bewahrt seine saure Reaction.

Daraufhin prüfte *S.* die Wirkung des Chloroformwassers, ca. 6 gr. in 1 Liter Wasser geschüttelt auf Microorganismen und fand, dass es beträchtliche antiseptische Eigenschaften besitzt. — Einzig Sporen zeigen sich durchaus resistent.

Die conservirenden und desinficirenden Eigenschaften des Chloroformwassers lassen sich nach *S.* in mannigfacher Beziehung verwerthen:

1. in der Laboratoriumstechnik zur Conservirung von Harn, von wässrigen Fermenten aller Art, von pathologischen, eiweisshaltigen Flüssigkeiten (mit Ausnahme von Blut, das allmälig gerinnt), von Gewebsextracten etc.;

2. zur Aufbewahrung nicht zu umfangreicher anatomischer Präparate, wo an Stelle des Ch.-Wassers auch Ch.-Dämpfe in Anwendung gezogen werden können (gut verschlossenes Glas, in dem mit Ch. getränkte Bimssteinstücke liegen);

3. zu Heilzwecken [1]), z. B. zu interner Anwendung als Desinficiens, als Mundwasser, als Zusatz zu Flüssigkeiten zur subcutanen Injection.

Die spec. medicinisch-practische Seite ist von *Salkowski* nicht weiter ausgearbeitet. Er begnügt sich mit der Mittheilung seiner Versuche, die zu neuen anregen sollen.

---

[1]) Diese Anregung ruft mir eine vor Jahren gemachte überraschende Erfahrung ins Gedächtniss zurück, welche ich mir damals auch durch antiseptische Wirkung von Chloroform-Einathmungen zu erklären versuchte.

Primärer Lungen-Abscess (Spitalinfection); Durchbruch nach den Bronchien, sowie secundär nach der Pleurahöhle und Erscheinungen von multiplem abgesacktem Pyo-Pneumothorax. Der seit Wochen stark fiebernde und elende Patient wurde chloroformirt und in $^5/_4$ stündiger Chloroformnarcose mit Probepunctionen und allen zu Gebote stehenden Hülfsmitteln genau untersucht, um eine Paracenthese anschliessen zu können.

Man kam zu keinem Resultat und operirte nicht. Vom Momente an trat im Befinden des Kranken eine ganz auffällige und rasche Besserung ein. Fieberabfall; geringere Absonderung. Die vorher ganz schlechte Prognose konnte rasch besser gestellt werden. Post hoc propter hoc? *E. H.*

Stand der Infections-Krankheiten.

		Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperalfieber	Parotitis	Variola	Rubeola
Zürich u. Aussengem.	22. IV.-28. IV.	2	2	1	3	—	4	7	1	—	1	—
	29. IV.- 6. V.	4	3	2	5	3	7	8	—	—	—	—
Bern	22. IV.-28. IV.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	29. IV.- 6. V.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Basel	26. IV.-10. V.	43	2	8	7	—	16	7	—	2	—	—

In Basel betreffen von den 43 Scharlacherkrankungen 19 Kleinbasel, 7 Erwachsene, 15 Kinder im schulpflichtigen Alter.

Briefkasten.

Dr. *Wieland*, Rheinfelden: Besten Dank. Bitte um die Photographie des verstorbenen Collegen *Fetzer* für's Aerztealbum. — Luzerner und Zuger: Die schöne Sitte, verstorbenen Freunden und Collegen im Corr.-Bl. einen kleinen Nachruf zu widmen, sollten wir aufrecht erhalten. Bitte um Necrologe für † Dr. *Keyser* in Zug und † Dr. *Suidter* in Luzern und die Photographien der Verblichenen. — Omnibus: Die Ausrede, dass der practische Arzt keine Zeit und Gelegenheit finde, wissenschaftliche Arbeiten zu machen, gilt nicht. — Gerade kurz und kräftig skizzirte Beobachtungen sind als „Cantonale Correspondenzen“ hochwillkommen. Es braucht keine literarischen Einleitungen, kein Zurückgehen auf *Hippocrates*, *Galen* und *Paracelsus*. Jede genaue Beobachtung, auch als Fragment, ist von Bedeutung und lässt sich in dieser oder jener Weise verwerthen. *E. H.*

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.



CORRESPONDENZ-BLATT

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats.
Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 12. — für die Schweiz, Fr. 14.50 für das Ausland. Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. E. Haffter

in Frauenfeld.

N°. 11. XVIII. Jahrg. 1888. 1. Juni.

Original-Arbeiten.

Drei Fälle von Actinomycose.

Von Professor **Th. Langhans** in Bern.

Bis jetzt liegen nur 3 Beobachtungen über Actinomycose aus der Schweiz vor: 1) von *Julliard*, Actinomycose der Wange bei einem 17jährigen Manne mit Zahncaries (*Jeandin*, étude sur l'actinomycose. Diss. Genève, 1886); 2) von *Münch* (diese Zeitschrift 1887, Nr. 4): Actinomycose von Lunge und Brustwand;[1] 3) von *Klebs* (Allgem. Pathol. 1887, I, 281): Actinomycose der Brustdrüse.

Ich kann diese Zahl um weitere 3 Fälle vermehren, einen Fall von Actinomycose der Regio mastoidea und zwei Fälle, bei welchen die Eingangspforte des Pilzes in der Bauchhöhle zu suchen ist. Der eine dieser Fälle ging höchst wahrscheinlich vom Processus vermiformis aus; letzterer war in seinem oberen 4 cm. langen Theil noch erhalten, endete dann wie quer durchschnitten in eine wallnussgrosse Abscesshöhle, welche in dem Becken an der rechten Seite der Harnblase sich befand und wegen ihrer tiefen Lage während des Lebens der Diagnose sich entzogen hatte.

Wenn auch der Eiter bei der Section, welche unter nicht sehr günstigen äusseren Umständen stattfand, nicht aufgehoben wurde und daher auch auf Anwesenheit der Pilzkörner nicht untersucht werden konnte, so bieten doch Abscess sowohl wie Processus vermiformis Eigenthümlichkeiten dar, welche bei den gewöhnlichen acuten perityphlitischen Eiterungen fehlen, und auf einen chronischen

[1]) Soeben veröffentlicht derselbe noch einen zweiten Fall von Kieferactinomycose (diese Zeitschrift Nr. 5).

Charakter des Processes hinweisen; dadurch wird es sehr wahrscheinlich, dass hier der Actinomyces eingedrungen ist: der Abscess hatte nämlich eine ungewöhnlich geringe Grösse, war scharf abgekapselt, während in der ganzen übrigen Bauchhöhle (von der Lebergegend abgesehen) jegliche Adhäsionen und Zeichen von chronischer oder acuter Peritonitis fehlten; ferner war der restirende Theil des Processus vermiformis auf seiner Schleimhautfläche mit zahlreichen Narben bedeckt und schiefrig verfärbt; frische Ulcerationen waren nicht vorhanden.

Der Hauptherd befand sich in der Leber; hier hatte die Erkrankung einen Höhepunkt erreicht, wie es bisher in diesem Organ noch nicht beobachtet wurde.

Bei dem zweiten Falle war die Localisation der Art, dass man zuerst einen perityphlitischen Abscess vermuthete. Die Section ergab mehrere Perforationen im Cœcum und Colon ascendens. Narben auf der Schleimhaut in der Umgebung fehlten. Die Möglichkeit, dass eine oder selbst alle Perforationen erst secundär von aussen nach innen erfolgt seien, und der Actinom. an einer andern Stelle die Darmwand perforirt hat, ist nicht abzustreiten; indess wird man nach dem ganzen Verlauf der Krankheit und dem Sectionsbefunde den Ausgangspunkt auch hier in der Gegend des Cœcum zu suchen haben.

I. [1])

Herr G., geboren den 2. Februar 1837, im Berner Jura, hat im 9. Jahre einen Typhus durchgemacht. Vom 15. Jahre ab habe der Appetit abzunehmen angefangen und nach dem Essen trat ein Aufsteigen der Speisen ein, die er nochmals kaute. Mit 18 Jahren stellte sich ein unnatürlich grosser Appetit ein, der später wieder verging. Im 20. Jahre hatte er einen Bubo axillaris in Folge einer Verletzung eines Fingers.

Er war 20 Jahre verheirathet und hatte während dieser Zeit immer über Magenbeschwerden zu klagen, Aufstossen, selbst Erbrechen etc.

Er consultirte den Arzt am 16. December 1884 zum ersten Male wegen Magenbeschwerden; schmerzhaftem Zusammenziehen in der Magengegend wie von einem Gürtel. Leichte gelbliche Farbe an Gesicht und Conjunctiva. Keine Lungenaffection. Leber etwa um zwei Querfingerbreite nach unten vergrössert, auf Druck nicht empfindlich. Bei tiefer Untersuchung fand sich in der Mittellinie am linken Leberlappen eine Geschwulst von der Grösse eines Hühnereis, mit der Haut nicht verwachsen, glatt, nicht fluctuirend, auf Druck wenig empfindlich.

Appetit fehlt; von Speisen verträgt Pat. nur Milch; alles Andere macht Schmerzen. Stuhl retardirt. Behandlung mit Karlsbader Salz. Bis Neujahr 1885 keine Veränderung im Allgemeinbefinden; nur vergrösserte sich die Geschwulst sehr wenig.

Consultationen mit andern Aerzten im Verlaufe des Januar führten zu keiner Diagnose; es wurde Leberabscess oder Echinococcus vermuthet. 21. Februar Probepunction und völlige Spaltung des Abscesses, der sehr viel übelriechenden Eiter entleerte. Die Eiterung hielt von da an constant an; Anfang Mai wird ein zweiter Abscess eröffnet, wobei eine intensive Blutung die Operation unterbrach. Ständig fortdauernde Eiterung, Tod am 21. Juni an Marasmus. Während des ganzen Krankheitsverlaufs Morgens 37,5, Abends 38—39,5°. In den letzten 6 Wochen Decubitus am Os sacrum.

Section 22. Juli, Abends 5 Uhr.

Stark abgemagerte Leiche, wenig Leichenflecke. Todtenstarre schwach. Panniculus spärlich, Musculatur schwach entwickelt, normal, transparent.

Brusthöhle. Im Herzbeutel wenig Serum. Herz etwas klein, enthält flüssiges Blut; Klappen, Endocard normal. Musculatur dunkelbraun, etwas atrophisch.

In den Pleurahöhlen je 200—300 ccm. klaren Serums. Linke Lunge hinten an ganz beschränkter Stelle, rechte Lunge am Zwerchfell angewachsen. Beide Lungen stark ödematös, mässig blutreich.

[1]) Die Krankengeschichte verdanke ich der Güte des Herrn Dr. *Ancken*.



In der Bauchhöhle 200 ccm. klaren Serums.

Milz sehr stark, auf das $2^1/_2$—3fache, vergrössert, ziemlich fest. Pulpa mässig blutreich. Follikel deutlich.

Nieren gross, blutreich, ohne Trübung oder sonstige Veränderung.

Leber vollständig mit dem Zwerchfell verwachsen; die Adhäsionen noch ziemlich leicht zu lösen. Bei ihrer Trennung gelangt man an der Oberfläche des r. Lappens nach dem ligam. suspens. hin, entsprechend einer an der äusseren Haut sichtbaren Punctionsstelle in eine spaltförmige Höhle, die zwischen Leber und Zwerchfell zu liegen scheint, nach beiden aber von unebener, fetziger Wand begrenzt ist; sie enthält dicken, grünen, zäh schleimigen Eiter.

Auch an der unteren Fläche der Leber lockere Adhäsionen mit Colon transv. und Om. maj., feste mit der Curvatura min., welche durch Schrumpfung des Omentum min. dicht an die Leber herangezogen ist. Auch hier gelangt man bei dem Lösen der Adhäsionen an verschiedenen Stellen in kleine, mit Eiter gefüllte Höhlen, die scheinbar zwischen den Organen gelegen sind.

Gallenblase ganz klein, unter den Adhäsionen verborgen; an ihrem Grunde nach der Leber hin ein rundlicher Defect, 1 cm. Durchmesser, durch den der Finger in erweichtes Lebergewebe, d. h. in den gleich zu beschreibenden Herd gelangt. Der Verlauf der Serosa zeigt, dass die Höhle fast ganz dem Lebergewebe angehört.

Leber ziemlich stark vergrössert, von im Ganzen normaler Form, besonders dick, namentlich der linke Lappen, dessen scharfer Rand sehr stumpf und abgerundet ist. Auf dem Durchschnitt zeigt sich ein grosser Herd, der fast den ganzen, vergrösserten linken Lappen und die mediane Hälfte des rechten Lappens einnimmt. Der Herd ist rundlich, reicht durch die ganze Dicke der Leber hindurch, von der oberen Fläche bis zu den grossen Gefässen der Porta, von denen einige mit der *Glisson*'schen Scheide dicht an der Peripherie des Herdes anliegen und in ihn eindringen, unverändert, ganz wie in normales Lebergewebe. Die eindringenden Aeste der V. port. bedingen einen etwas grosslappigen Bau.

Das Lebergewebe ausserhalb des Herdes ist unverändert, transparent, etwas blutarm, ziemlich gleichmässig blassbraun.

Der Herd selbst prominirt etwas über das übrige Lebergewebe und ist scharf gegen dasselbe abgesetzt durch eine $^1/_2$—1 mm. breite Zone eines schwärzlichen, zähen, einsinkenden Bindegewebes. Seine Schnittfläche hat überall das gleiche Aussehen. Sie erinnert auf den ersten Blick an Lungengewebe, das von zahllosen kleinen Abscessen durchsetzt ist. Für Denjenigen, der das Bild des Echinococcus multilocularis kennt, wird die Schnittfläche am anschaulichsten, wenn ich sage, dass man sich dessen Stroma unverkalkt, zäh, von schwärzlicher Farbe vorstelle und die Höhlen einen dicken schleimigen Eiter enthaltend, der kleine schwarze Körner enthält.

Das Stroma, dessen Balken an der Peripherie zur Kapsel zusammenfliessen, ist deutlich schwarz. Erst genaue Betrachtung zeigt, dass es nicht gleichmässig schwarz ist, sondern nur an relativ beschränkten, spärlichen, punkt- und strichförmigen Stellen. Die grössere Masse desselben ist ungefärbt, aber sehr stark transparent und erscheint daher in Folge des Durchschimmerns der in der Tiefe gelegenen schwarzen Stellen dunkelgrau. Seine Balken haben eine Breite von $^1/_2$—1 mm., und fliessen an einzelnen Stellen zu grösseren sternförmigen Feldern zusammen. Die Höhlen sind von äusserst unregelmässiger Gestalt, die kleineren rundlich, 2—$2^1/_2$ mm. Durchmesser, doch auch kleiner, selten grösser; viele aber sind streifenförmig, mannigfach verästelt, und verlaufen in der verschiedensten Richtung. Ihre Breite entspricht dem obigen Durchmesser oder ist geringer. Das Aussehen des Inhalts dieser Höhlen wechselt etwas. Im Grossen und Ganzen wiegt ein zäher, sehr dick schleimiger Eiter mit kleinen schwarzen Körnern vor, besonders in den grösseren Höhlen; doch grenzt er sich gegen das Stroma häufig durch eine schmale, gelbe, intensiv trübe Linie ab und die kleineren Höhlen, namentlich die streifenförmigen, enthalten nur solch' gelbliches Gewebe. Je mehr dies vorwiegt, um so zäher wird die Consistenz und da, wo nur gelbe Streifen sind, lässt sich keine Flüssigkeit mehr gewinnen, sondern die Stelle nimmt sich aus, wie eine etwas weichere Stelle des Stromas.

Auch der Eiter hat eine eigenthümliche Beschaffenheit. Auffallend ist seine äusserst

zähe Consistenz; er gleicht völlig einem sehr zähen Schleim und ist nicht so trüb, sondern erheblich transparenter wie gewöhnlicher Eiter. Seine Farbe möchte ich als grauweiss bezeichnen mit einem nicht starken, aber deutlichen grünlichen Ton. Die schwarzen Körner sind rund, meist isolirt, selten 2 oder 3 im Centrum einer Höhle; die grösseren kaum $^1/_4$ mm. gross, viele erheblich kleiner. Mit der Lupe sieht man in ihnen die schwarze Farbe auf einige punktförmige Stellen beschränkt. Verstreicht man den Eiter auf der Messerklinge, dann erscheint die nächste Umgebung der Körner heller, transparenter als der übrige Eiter.

Die Därme sind von aussen normal, mit Ausnahme des Cœcum und Colon asc. Beide waren durch Adhäsionen an die seitliche Bauchwand herangezogen, das Cœcum zugleich nach abwärts nach dem Beckeneingang hin. Die Adhäsionen waren leicht zu lösen und hinter Cœcum und Col. asc. waren keine Veränderungen zu constatiren.

Im Becken war die Harnblase ziemlich gefüllt; rechts von derselben fühlte man, bis zur Samenblase herunterreichend, eine mässig feste Anschwellung, an welche von oben herab Cœcum und untere Schlingen des Ileum herangezogen und fest verwachsen waren. Bei der Ablösung des Cœcum eröffnete sich ein Abscess von Wallnussgrösse mit gelblichem, fäculent aussehendem, dickem, schleimigem Inhalt. Die betreffenden Theile werden im Zusammenhange herausgenommen. Cœcum und Ileum, wie Harnblase sind völlig normal. Bei der Sondirung des Processus vermiformis aber kommt man sofort in jenen Abscess. Aufgeschnitten zeigt er sich noch von einer Länge von 4 cm., seine stark schiefrig gefärbte Schleimhaut mit zahlreichen narbigen Stellen versehen, die bis an seine Einmündung in das Cœcum heranreichen. An seinem unteren Ende erscheint er wie quer durchgeschnitten und mündet direct in jenen Abscess ein.

Bevor ich auf die Beschaffenheit der schwarzen Körner eingehe, will ich vorausschicken, dass auch microscopisch die Elemente des Eiters gewisse Eigenthümlichkeiten darboten, die ihnen nicht bei allen Eiterungen zukommen. Die Mehrzahl der Zellen besteht aus gewöhnlichen, farblosen Blutkörpern, die noch recht erhebliche Minderzahl dagegen ist um das Doppelte bis Dreifache des Durchmessers grösser, ihr Protoplasma eigenthümlich hell, glänzend, glasig. Der Kern wird erst bei Ac. acet. deutlicher und stellt sich in allen Zellen als der kleine runde Kern der einkernigen Lymphkörper dar. Ferner finden sich ziemlich gleichmässig zerstreut grosse Körnchenkugeln, d. h. die gleichen Zellen, welche Fetttropfen von auffallender Grösse oft bis zur Grösse rother Blutkörper enthalten. Essigsäure bedingt in der Flüssigkeit erhebliche körnig-fädige Gerinnungen.

Die schwarzen Körner sind sofort als Gruppen von Actinomycesdrusen zu erkennen. An der Oberfläche der einzelnen Drusen sieht man leicht die Enden der glänzenden, homogenen Fäden, deren wellenförmige Biegungen bald steil aufsteigen, bald korkzieherartig dicht an einander liegen. Nicht an allen, aber doch an manchen Drusen, namentlich an kleineren, finden sich endständige keulenförmige Anschwellungen, fingerförmige Fortsätze, durch eine blasse Schattenlinie gegen den übrigen Faden abgesetzt oder es schieben sich hier kleine kuglige Anschwellungen ein, die nach dem Faden hin allmälig kleiner werden, bis sie dessen Breite angenommen haben.

Das Centrum einer solchen Druse erscheint auf den ersten Blick feinkörnig; die Körner sind aber nur die optischen Durchschnitte der aufsteigenden Fäden.

Züchtungsversuche, welche Herr College *Lichtheim* anstellte, hatten negativen Erfolg. Von Impfversuchen auf Kaninchen sei nur das bemerkt, dass 3 Thiere an Phlegmone mit feinsten Coccen und Bruchstücken von hohlen Fäden in dem Eiter zu Grunde gingen: ein viertes aber ertrug die Einpflanzung von 7 Körnern unter die Haut des Ohres und von 16 Körnern in den Hoden sehr gut und wurde nach ca. 5 Wochen getödtet, ohne dass an der Impfstelle oder sonstwo Veränderungen sich nachweisen liessen.

II. [1])

Joh. Dürmüller von St. Josephen, 23 Jahre alt, stammt von gesunden Eltern ab, hat mit 7 Jahren Typhus, mit 16 Jahren Scharlach überstanden. Mitte Juni 1886 hatte er während einer Woche kolikartige Schmerzen, gleichmässig über das ganze Abdomen vertheilt mit diarrhoischem Stuhl ohne jede Veränderung der Bauchdecken. Darauf that er

[1]) Krankengeschichte, Sectionsbefund sammt Präparaten verdanke ich der Güte des Herrn Dr. *Feurer* in St. Gallen.



Dienst als Cavallerist, 10 Tage ohne Beschwerden; während zwei Tagen hatte er Leibschmerzen. Am 23. Juli zuerst eine schmerzhafte Stelle in der rechten Unterbauchgegend bei normaler Digestion; binnen 2 Tagen entwickelte sich eine Fünffrankenstück grosse, harte Verdichtung unter der unveränderten Haut. Erweichende Umschläge und Jodtinctur bewirken keine Abnahme der Consistenz, 3 Wochen später Incision und Entleerung von angeblich 1 Liter Eiter. Nachher warme, dann kalte Umschläge ohne Sistirung des Processes; am 17. September Eintritt in das Spital von St. Gallen. Er hatte sich schon am 11. August vorgestellt und es war damals in der Gegend des Cœcum ein faustgrosser, abgerundeter, sehr praller Tumor constatirt worden, der wenig verschieblich und mit der Bauchhaut noch nicht verwachsen war. Man stellte schon damals die Diagnose auf typhlitischen Abscess. Wenige Tage nach dem Spitaleintritt wurde aussen und oben im Hypochondrium eine neue Incision gemacht und eine zweite lange oberhalb und parallel dem lig. Poup. Entgegen der Beschaffenheit eines perityphlitischen Abscesses fanden sich nach allen Seiten vordringende, zahlreiche, unregelmässige Gänge, die von reichlichen, stark und leicht blutenden Granulationen ausgekleidet waren. Durch einen solchen Gang gelangte der Finger in die Tiefe nach der inneren Darmbeingrube in so dichte Geschwulstmasse, dass man einen Augenblick sogar an Sarcom dachte. Die Höhle wird seitdem mit $2^1/_2$%-Lösung von essigsaurer Thonerde ausgespült. Die Eiterung blieb stets dieselbe, Infiltration und Unterminirung der Bauchdecken nahm zu. Verband mit Sublimatgaze. Am 6. October fand man beim Verbandwechsel zum ersten Male die Kügelchen des Actinomyces in grosser Menge im Eiter.

Am 10. October hatte die Affection folgende Gestalt: die rechte Bauchseite ist von der Mittellinie bis zur Axillarlinie, von dem lig. Poup. bis nahe an den Rippenbogen von einer derben, dicken Schwellung eingenommen, die wenig prominirt und offenbar zum grössten Theil in einer Infiltration der Bauchdecken besteht. Derbe, unnachgiebige Partien wecheln ab mit weichen und schlaffen; die 3 Incisionen haben Tendenz zur Ueberhäutung; ihre Ränder sind eingezogen; ihre Granulationen bieten nichts Besonderes dar. Von allen Richtungen her lässt sich dicker, gelblicher Eiter hervorpressen mit reichlichen gelben Kügelchen von Mohnkorngrösse und darüber, ohne üblen Geruch, ohne Beimischung von Darminhalt. Man hat bei tieferem Zufühlen nicht den Eindruck einer wesentlich in der Abdominalhöhle sitzenden Affection. Die Lendengegend ist wie der übrige Körper normal. —

Mit dem scharfen Löffel wird die ganze Granulationsmasse entfernt; der eingeführte Zeigefinger fühlt im Abdomen noch eine faustgrosse Tumormasse. Gründliche Durchspülung mit Sublimat; späterhin täglicher Verbandwechsel und Durchspülung mit $^1/_2$% Sublimat. Der Eiter nimmt stark ab, wird wässrig, serös und ärmer an Pilzkugeln. Auch das Allgemeinbefinden hebt sich. Aber am 28. October zeigt sich aussen und vorn am Oberschenkel unter dem Trochanter ein Abscess, auch die Eiterung der alten Wunde hat wieder zugenommen und der Eiter ist dicker, die Pilzkugeln reichlicher. Der Kräftezustand nimmt stetig etwas ab. Die Affection der Bauchdecke zieht sich etwas nach dem Hypochondrium hin. Am 4. November wird die Infiltration des Oberschenkels incidirt, der entleerte Eiter hat die gleiche Beschaffenheit wie der frühere. Von einer Ausräumung der weichen Granulationen muss auch diesmal der heftigen Blutung wegen Umgang genommen werden. 12. November. Neuer Abscess an der Vorderseite des Oberschenkels handbreit unter dem lig. Poup., der am 16. December spontan perforirt. Aus den Incisionen wuchern in der nächsten Zeit überall starke Granulationen hervor. Ende November zeigt der Eiter gelegentlich geringe gallige Färbung.

Von Beginn der Krankheit bis zu Anfangs December war nie eine Abnormität beobachtet worden in der Qualität des Stuhles noch in seiner Entleerungsweise. Auch der Appetit war stets ordentlich, trotz der stetigen Abmagerung; aber Anfang December stellt sich starker Durchfall ein, der später nachlässt. Patient wird am 15. Januar aus dem Spitale trotz aller Bemühungen des Arztes von seinen Eltern weggeholt, und stirbt am 20. Februar 1887 zu Hause. Es war in den letzten Wochen vor dem Tode ziemlich viel Koth durch die Bauchwunden abgegangen.

Die Section am 21. Februar ergab: Aeusserste Abmagerung von Panniculus und Muskeln. Abdomen ganz flach. Auf der rechten Seite nach der Darmbeingrube noch 2 grosse Fisteln, ziemlich reichlichen Eiter entleerend. Vorn und aussen am r. Ober-

schenkel bis in dessen Mitte hinab mehrere Fisteln und noch unentleerte Abscesse. Eröffnung des Bauches mit gewohntem medianem Schnitt; in der Mitte des Bauches und in der linken Hälfte liegen Darmschlingen von normalem Aussehen, nicht verwachsen. Keine Flüssigkeit in der Bauchhöhle.

Das Netz nach dem rechten Darmbein hingezogen und daselbst mit den infiltrirten Bauchdecken verwachsen. Ebenso die Darmschlingen in der rechten Bauchseite unter sich und mit der Bauchwand mehrfach verwachsen, besonders stark das Cœcum und Colon asc.; eine der Fisteln führt gerade in das Cœcum. Eiter findet sich zwischen den Darmschlingen nicht. In der Mitte des grossen Processus vermif. ein kirschkerngrosses, kalkiges Concrement. Im Cœcum und im Colon asc. etwa 15 cm. von der Klappe 3 Ulcerationen etwa $^1/_2$—1 cm. im Durchmesser, rundlich, mit schiefrigen Rändern, die kaum verdickt sind. Die angrenzende Schleimhaut zeigt keine Veränderung.

Die Innenfläche der Darmbeinschaufel an einer circumscripten Stelle rauh.

Einige retroperitoneale Drüsen geschwellt, anämisch, ohne Eiterung.

In den Lungen einige bronchopneumonische Herde; sonst zeigen die übrigen Organe von Brust- und Bauchhöhle nichts Besonderes.

Nirgends amyloide Degeneration.

Herr Dr. *Feurer* hatte die Freundlichkeit, mir von dem Eiter zu senden, welcher am 6. October entleert worden war. Die kleinen weissgelben Kügelchen von etwas wechselnder Grösse, von weicher Consistenz, waren leicht zu erkennen. Jedes Kügelchen besteht je nach seiner Grösse aus einer grösseren oder kleineren Zahl von Actinomycesdrusen, die einen leicht gelblichen Ton haben. In der Mitte erscheinen sie feinkörnig, an der Peripherie sieht man deutlich die radiär gestellten Fäden, oft mit kolbigem Ende, jedoch ohne fingerförmige Gebilde. Beim Zerdrücken isoliren sich eine Unmasse von beweglichen Stäbchen von der Breite der Fäden, als wenn diese direct in Stäbchen zerfallen wären. Deckgläschenpräparate, nach *Gram* gefärbt, zeigen sehr lange feine Fäden, die entweder gleichmässig dunkel gefärbt sind, oder röhrenförmig aussehen und feine dunkle Körner enthalten.

An Schnitten, die nach *Gram* oder nach der neuen *Weigert*'schen Modification der *Gram*'schen Methode (Entfärbung mit Anilinöl) gefärbt sind, erhält man ein Bild, das dem des ersten Falles entspricht. Nur sind die Fäden mehr geradlinig und auch korkzieherförmige Windungen findet man selten an ihnen.

III.

Bei einer 28jährigen Frau entfernte Herr College *Kocher* am 15. December 1886 eine kleine Geschwulst, welche seit 1 Monat an der insertio mastoidea des Sternocleidomastoideus sich entwickelt hatte.

Es handelte sich um ein Stück des Muskels, mit einem kleinen rundlichen Knoten, einer mässig geschwellten Lymphdrüse ähnlich, doch nicht abgekapselt. Auf einem Durchschnitt zeigten sich 3 kleine Abscesse, mit grauröthlichem Eiter, in jedem ein grösseres dunkelgrünes Actinomyceskorn. Die Abscesse sind von sehr derbem, sehnigem Bindegewebe umgeben, und von grauröthlichem, weichem, fast schleimigem, doch noch sehr zähem Gewebe ausgekleidet.

(Schluss folgt.)

Varicellen bei Erwachsenen.

Von Dr. Johannes Seitz in Zürich.

(Schluss.)

V.

Nun bin ich aber neulich noch einmal selber in den Besitz einer Beobachtung gekommen, die in keiner Weise kann beanstandet werden und die mir um so unerwarteter und um so werthvoller erschien, da ich durch die mitgetheilten Erfahrungen in eine sehr kritische Stimmung gegenüber den „Varicellen der Erwachsenen“ gerathen war. Dieser eine Fall bestimmte mich zur ganzen Veröffentlichung.



Es kommt ein 20 Jahre alter Polytechniker in meine Sprechstunde mit der Klage über Jucken der Haut. Ausziehen! — Ziemlich grosse rothe Flecke — Urticaria? Einzelne Epithelabhebungen über denselben — Syphilis? Varicellen beim Erwachsenen! wie er sich ganz entblösst hat. Da war kein Zweifel möglich. Es ist das vollkommen typische und unzweifelhafte Bild der Varicellen beim ersten Anblick; die Varicellen, wie man sie bei den Kindern haben muss, um die Diagnose mit aller Bestimmtheit auszusprechen. Wenn das nicht Varicellen sind, kann ich sie auch bei Kindern nicht mehr diagnosticiren; wenn das Variola ist, dann sind Variola und Varicellen symptomatisch die gleiche Krankheit!

Fall XXVIII. Polytechniker, 20 Jahre alt.

Vollständiges Wohlsein bis vor 3—4 Tagen.

1. Tag (19. Januar 1887). Jucken am Rücken, so dass er kratzen musste. Es entstehen kleine Bläschen am Leibe.

2. Tag (20. Januar). Die Bläschen werden etwas stärker. Erst Abends etwas Fieber. Konnte nicht schlafen; es war ihm sehr heiss, besonders an den Beinen; die Decke schlug er zurück, dann war es ihm aber wieder zu kalt.

3. Tag (21. Januar). Der Ausschlag angeblich etwas geringer, wohl eher das Jucken gemeint.

4. Tag (22. Januar). Eintritt in Behandlung. Heute ist der Ausschlag am stärksten. Starkes Jucken. Ganz typische Varicellen. Alle Uebergangsstadien sind vorhanden: kleine rothe Flecke, grössere rothe Flecke, helle Bläschen, Bläschen mit Dellen, Abstossungen, feuchte Schörfchen, eingetrocknete Schorfe. Kleine bis stärkere rothe Höfe um die Varicellenbläschen; daher entstand zuerst der Gedanke an Urticaria.

Als Kind geimpft; deutliche Impfnarben. Kräftig gebautes, gut entwickeltes Individuum mit starkem Bartwuchs, starker Behaarung.

Starkes Jucken; daher stets unruhiges Zusammenfahren und Bewegungen. — Rachen frei. Organe frei. — T. 37,7°. P. 78. R. 18.

Vergleiche ich diesen Fall mit demjenigen des Bankbeamten, so ist er eben in ganz vollkommener Weise stark ausgesprochen, während bei jenem Alles nur in leichterem Grade bestand. Aehnlichkeit mit dem Pockenfalle des Briefträgers besteht in soweit, als bei diesem das Pustelstadium gar nicht recht zur Entwicklung kam, und man der Hautreizung durch das künstliche Schwitzen etwas zuschreiben konnte und man jeden Augenblick zu einer Abänderung der Diagnose bereit sein musste.

Jetzt ist aber ein Zweifel gar nicht möglich. Es ist auch nicht das geringste Anzeichen von Pocken im Lande. Seit Monaten ist kein Fall mehr vorgekommen. Dagegen ist Varicella reichlich vorhanden. Das Fehlen von Fieber am Anfang, das Fehlen von irgend welchem Unwohlsein bis zum Anfang des Juckens durch die Bläschen, das starke Jucken, das Fehlen von Kreuzschmerz, von Kopfweh und starkem Schweiss sprechen ebenfalls entschieden hier für Varicellen. Kurzum es ist kein Zweifel an dieser Diagnose möglich. Anzeige als Varicellen an die Gesundheitscommission und an den Bezirksarzt. Keine Revision durch diese.

Den Patienten schickte ich zum Photographiren, obschon, wie sich dann auch herausstellte, eine befriedigende Wiedergabe des natürlichen Bildes durch diesen Process nicht zu hoffen war.

Abends Temp. 37,8°.

4. Tag (23. Januar). Es hat die Sache in soweit Fortschritte gemacht, als einzelne Bläschen verschwunden sind; andere Bläschen sind deutlich eiterig geworden, was gestern noch nicht der Fall gewesen. Eine ziemlich grosse Zahl Bläschen ist mehr eingetrocknet, und noch mehr als gestern sind Abstossungen vorhanden. Die rothen Höfe sind im Ganzen etwas stärker geworden, so dass der Kranke heute entschieden eine mehr „gereizte" Haut hat. Viel mehr rothe Stellen als gestern, mehr Eiterbläschen, mehr eintrocknende Bläschen; mehr abgestossene Bläschen und grössere Höfe um die Varicellenbläschen. — Das Bild ist ganz so typisch, wie man es nur wünschen kann, natürlich alle nur wünschenswerthe Vorsicht in der Diagnose im Auge behalten. Es sind auch

neue Schübe an der Kopfhaut und an den Oberschenkeln vorn aufgetreten. Daselbst sind es mehr röthliche Flecke. Auch am Gesicht sind die rothen Stellen etwas stärker als gestern und etwas zahlreicher.

Im Rachen war gestern, links neben dem Zäpfchen, am vorderen Gaumenbogen eine kleine Erhabenheit zweifelhaften Charakters, kein deutliches Bläschen. Heute zeigt sich deutlich, dass es nur eine kleine Epithel- oder Bindegewebs-Verdickung in der Schleimhaut ist. Sonst ist die ganze Mundhöhle und der Rachen frei. Keine Bläschen. Dennoch etwas Schmerz im Schlunde.

Der Kranke fühlt sich wohl. Das Jucken ist nicht stärker geworden.

Weil die wasserhellen Bläschen, entsprechend dem Gange der Krankheit, heute etwas weniger hervortreten, ist das Bild nicht mehr von so durchschlagender Charakteristik. Aber ich zweifle keinen Augenblick, dass es die typischen und ächten Varicellen sind. Wenn das trotz alledem Pocken sein sollen, so ist der Fall ein Beweis dafür, dass eine vollkommene und nicht eine Spur abweichende Uebereinstimmung der Bilder von Varicellen und Variola vorkommen kann. Es ist gerade alles das durchaus Typische hier, wie man es sich nur wünschen kann zur Stellung einer Differenzialdiagnose. Wenn das Pocken sind — kann ich keine Varicellendiagnose mehr machen.

Sehr geringes Fieber, Abends 38,1°. P. 72. R. 18. Keine Hitze, kein Kreuzweh, kein Kopfweh und kein Schweiss.

In Bezug auf die Aetiologie ist durchaus kein Anhalt für Pocken zu gewinnen. Pat. wurde als Kind geimpft, seither nicht mehr. Er ist seit Monaten nicht aus Zürich fortgewesen, wird von auswärts nie besucht, hat kein Paket erhalten, nichts aus seiner Heimath Brasilien als Briefe. Seit einem halben Jahre ist gar kein Pockenfall mehr im Canton vorgekommen. Varicellen sind aber in ziemlicher Zahl in der Stadt und Ausgemeinden. Nur im Hause des Patienten sind keine Fälle vorgekommen. Es lässt sich Niemand von hier ausmitteln, der Varicellen gehabt hätte und mit dem Patienten in Berührung gekommen wäre. Hingegen bringt er heraus, dass ein Freund von ihm, mit dem er am meisten Verkehr hat, in den Weihnachtsferien zu Hause in Strassburg gewesen sei.

Dort hatte des Freundes Neffe „Varicellen“, nach ärztlichem Zeugniss des behandelnden Herrn Dr. *Aubenas*, — welches ich hiemit bestens verdanke — und Pocken waren in Strassburg gar nicht vorhanden. Der Freund kam hier an den 6. Januar 1887. Das erste Unwohlsein des Patienten und wohl auch der erste Ausschlag war den 19. Januar. Eine Incubation von 13—15 Tagen bis zum Ausbruch des Ausschlages ist allgemein angenommen. Das würde also stimmen. Doch glaube ich eher, dass Pat. sich hier irgendwo mit einem Varicellenkranken zusammengefunden hat. Seine Freunde machten Anspielungen auf Verkehr mit einem Kindermädchen.

5. Tag (24. Januar). Es erhält sich das Bild der Varicellen vollständig. Es ist gar nicht zu zweifeln, dass es ächte und wahre Varicellen sind. Gestern waren einzelne Eiterbläschen vorhanden, mehr als vorgestern. Heute sind es deren weniger. Nur einzelne Eiterbläschen sind noch am Nacken. Sonst ist das Vorherrschende die im Eintrocknen begriffenen und eingetrockneten Bläschen. Es ist der Anfang der Krustenbildung das Vorwiegende. Besonders der Rücken und der vordere Theil des Rumpfes zeigt dieses Bild. Die rothen Höfe sind noch ziemlich stark entwickelt; doch sind keine so grossen rothen Höfe mehr da wie vorgestern. Das Rothe ist reichlicher vorhanden an kleinen Flecken. Es ist die Reaction um die eintrocknenden Pusteln. Einzelne neue ganz vereinzelte kleine Bläschen sind zwischen den alten noch vorhanden; aber diese spielen keine grosse Rolle mehr. Einzelne gehen noch bis zur Grösse eines Hanfkornes. Einzelne solche haben auch noch etwas trüben Inhalt, so dass Uebergänge bis zu den einzelnen ausgesprocheneren Eiterbläschen bestehen. An den Oberschenkeln sind die gestern neu entstehenden Bläschen zum grössten Theile eingetrocknet. An dem Gesicht, besonders der Stirne, sind einzelne Eiterbläschen entstanden. Am Haarboden einzelne Eiterbläschen, die von selbst etwas spannen und schmerzen und bei Berührung ziemlich stark Schmerz machen.

Der Rachen ist frei; das Halsweh ganz vergangen. Die Stelle links neben dem Zäpfchen ist noch als grauliche Erhabenheit wie bisher vorhanden; es ist wohl ein ganz altes Knötchen, unbestimmten Ursprungs, in der Schleimhaut. Rachen eher blass. An

der hintern Rachenwand einzelne der bekannten rothen adenoiden Erhabenheiten der Schleimhaut. Kehlkopf frei. Organe normal. Milz nie vergrössert. Urin stets ohne Eiweiss. T. 37,7—37,9°. P. 78. R. 18.

Wohlsein. Früher hatte Nachts das Jucken und Beissen und Kratzen starke Unruhe gemacht. Jetzt wenig Hautjucken, guter Schlaf.

6. Tag (25. Januar). T. 36,8—37,2°. P. 78. R. 18. Wohlsein. Gar keine Beschwerden als hie und da noch etwas Jucken. Einzelne neue Bläschen mit trübem Inhalte an den Oberschenkeln, Unterschenkeln und sehr spärlich an den Armen; auch an den Beinen im Ganzen nur etwa ein Dutzend. Auch an der linken Schläfe noch ein frisches Bläschen mit etwas trübem Inhalte. Sonst Alles zurückgehend. Halb eintrocknende — entsprechende Dellen — und noch weit mehr ganz eintrocknende Bläschen. Besonders der Rücken besetzt mit vielen rothen, flachen, glatten Börkchen und rothen Höfen um dieselben. Am Gesicht einzelne Stellen mit schon abgefallenen Börkchen und leicht schilferndem Rande um die blasse restirende Röthung. Rachen frei. Kein Schmerz. Es geht in allen Stücken ganz den typischen Weg.

In der Familie ist ein einjähriger ungeimpfter Knabe, der die Varicellen noch nicht hatte, während die übrigen Geschwister sie vor zwei Jahren durchmachten. Wir werden sehen, dass er nicht an Pocken erkranken wird.

7. Tag (26. Januar). Wohlsein. Kein Fieber. T. 36,8—37,2°. P. 78. R. 18. An der Bauch- und Rückenseite des Rumpfes schreitet das Eintrocknen stark vor, und dennoch sind am Rücken immer noch etwa ein halbes Dutzend frische trübe Bläschen vorhanden. Alle Stadien von frischen Bläschen mit klarem Inhalte, Trübung, eintrocknenden Bläschen, ganz trockenen Bläschen, feinen Krusten, abfallenden Krusten und abgefallenen Krusten, entblössten, trockenen, schilfernden Pustelresten sind neben einander vorhanden. An den Armen ausser dem Deltoides nichts Neues, daselbst ein frisches Bläschen. An den Beinen keine neuen Bläschen. Die alten sind mehr eitrig, die Höfe röther und einzelne am Abtrocknen. Am Kopf abfallende Krüstchen. Nirgends eine in die Tiefe gehende grössere Eiterung. Allenthalben nur ganz feine glatte Krüstchen, und wo diese ausfallen, nur ein ganz oberflächlicher Defect, rothes blasses Centrum, und am Rande etwas feine Epithelzackung. Nur um die wenigen neuen Bläschen etwas grössere Höfe, sonst die Höfe allenthalben ganz gering. Typisches Bild der Varicellen in allen Richtungen. T. 36,8°. P. 72. R. 16.

8. Tag (27. Januar). Jetzt fallen die Krüstchen sehr reichlich ab. Dem Kranken selber ist dies auffällig. Sehr viele sind schon abgestossen; die grössten allein haften noch an; um einzelne der noch haftenden Krüstchen sind noch rothe Höfe. Jucken thut es immer noch ein wenig. Einzelne Bläschen, mit trübem Inhalte, am Rücken; leichte Höfe; ganz oberflächliche glatte Defecte, wo die Schörfchen ausgefallen sind, in ganz charakteristischer Weise noch vorhanden. An Beinen und Armen ist Alles eingetrocknet; am Kopf Alles abgefallen. An den vorgestern gemeldeten Stellen am linken Deltoides sind die zwei Schüppchen schon abgefallen. Das frische Bläschen ist etwas grösser geworden und hat noch einen etwas grösseren Hof bekommen.

Also: es ist Alles in vollem Rückgange und doch noch einzelne Bläschen vorhanden. Es ist das vollkommen typische Bild des Abfalles der Varicellen. Ich stelle ein Kind mit zweifellosen Varicellen im gleichen Stadium des Abfalles der Schüppchen neben diesen Erwachsenen: es ist vollkommene Uebereinstimmung des Bildes.

10. Tag (29. Januar). Vollständiges Wohlsein. Fast Alles weg. Kaum mehr Jucken. Einzelne der grossen Krüstchen haften noch, auch einzelne kleinere. Aber weitaus das Meiste ist abgefallen und man hat die oberflächlichen flachen Defecte. Die Verschiedenheit der Ausbrüche ist jetzt noch sehr deutlich vorhanden; es sind die verschiedenen Stadien alle noch ausgesprochen: frischere Börkchen, ältere, abgestossene und rothe Reste — Alles neben einander; kleinere und grössere Bläschenspuren. *Noch in diesem Stadium ist das typische Verhalten der Varicellen ganz klar ausgesprochen*, vollkommen entsprechend dem ganzen Verlaufe — von vielen Bläschen ist als Rest nur noch eine Pigmentstelle vorhanden. —

In diesem Zustande der Heilung — früher war es unmöglich — stelle ich den Kranken, neben dem schon erwähnten Kinde, in der Gesellschaft der Aerzte vor

(Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XVII, 1887, Nr. 14). Kein Mitglied, nicht die anwesenden klinischen Vorstände — Kinderklinik, Poliklinik; dem medicinischen Kliniker hatte ich den Fall gelegentlich vor acht Tagen vorgewiesen — nicht der Bezirksarzts-Adjunct vermag gegen die Diagnose den geringsten Einwand zu erheben.

Den 6. Februar wird der Patient geimpft und mit ihm, zum ersten Male, das einjährige Kind des Hausherrn, das weder Varicellen noch Pocken geerbt hat. Bei beiden ist die Impfung erfolgreich. Vom Kranken ist keine Varicellenansteckung und keine Pockenansteckung ausgegangen. Es ist überhaupt kein Pockenfall im Canton Zürich vorgekommen vom August 1886 bis zum Februar 1887, und dieser erst noch in einem andern Bezirk. (Schweiz. Blätter für Gesundheitspflege 1886 und 1887.)

Es ist nicht der geringste Zweifel möglich: das ist ein durchaus sicherer Fall von Varicellen bei einem Erwachsenen.

Dessen Vorstellung in der Gesellschaft der Aerzte hatte dann gleich auch die Wirkung, dass ein Mitglied über eine weitere unzweifelhafte Beobachtung Bericht erstattete.

Fall XXIX.

Prof. *O. Wyss* hat auch schon Fälle von Varicellen bei Erwachsenen gesehen; bei einem wurde die Diagnose durch Varicellenerkrankung von Kindern derselben Haushaltung festgestellt. (Corr.-Bl. für Schweizer Aerzte XVII, 1887, Nr. 14, S. 435.)

VI.

Man darf also sagen, es steht untrüglich fest:

Varicellen kommen auch bei Erwachsenen vor.

Lohnt es sich nun, für den Beweis dieses Satzes sich sehr zu bemühen?

Ich denke: ja, es ist sogar Pflicht.

Wer einer allgemein angenommenen Lehre entgegentreten will, soll seine Gründe so unwiderleglich als möglich gestalten. Diagnostische Erörterungen können erst recht fruchtbar werden, wenn sie an Vorkommnissen, an bestimmten Fällen, nicht blos theoretisch, geschehen. Was mit Pocken in irgend einer Weise Beziehungen hat, ist von solcher Wichtigkeit, wissenschaftlich und für das allgemeine Wohl, dass man sich nur dann befriedigen darf, wenn es auf das Sorgfältigste und nach allen Richtungen in's Reine gebracht ist.

Varicellen kommen bei Erwachsenen vor, oder sie kommen nicht vor, ja oder nein. Das eine oder das andere muss zur unumstösslichen Thatsache erhoben sein, und mit dieser Thatsache muss dann gerechnet werden. Derartige Fälle vorsichtshalber nur als Variola anzusehen, erledigt die Sache durchaus nicht.

Jetzt muss nur noch ausgemacht werden, wie häufig überhaupt dieses Vorkommniss ist. Gewiss ist es eine Seltenheit, — die Fälle, über welche Jeder stolpert, werden nicht geläugnet — es wird sich aber schon zeigen, dass unsere Beobachtungen nicht die einzigen sind. Physicus *Lotz* z. B. schreibt mir, dass er noch weitere Fälle selbst beobachtet habe. Er wird dieselben, hoffe ich, veröffentlichen.



Indess viel oder wenig:

Wie ist vorzugehen, wenn bei einem Erwachsenen die Diagnose Varicellen gestellt wird?

Statt aller andern sollen nur die Vorschriften unserer Züricher Medicinalgesetzgebung in Berücksichtigung gezogen werden.

Diese geht offenbar, ohne es auszusprechen, von der Voraussetzung aus, dass Varicellen bei Erwachsenen nicht vorkommen. Es lautet die Vorschrift für derartige Fälle:

„§ 1. Wenn ein Arzt zu einem Pockenkranken gerufen wird, hat er dem Bezirksarzt sofort (nöthigenfalls durch Expressen oder telegraphisch) hievon Mittheilung zu machen und sorgt zugleich dafür, dass auch die Gesundheitsbehörde unverzüglich von dem Falle Kenntniss erhält."

„§ 5. Unterlassung der Anzeige von Seite des behandelnden Arztes kann, zumal zu einer Zeit, wo Pocken herrschen, oder wenn es Individuen betrifft, welche nicht mehr im Kindesalter stehen, nicht dadurch gerechtfertigt werden, dass nachgewiesene ächte oder modificirte Pocken für sogenannte falsche Pocken (Varicellæ) angesehen worden seien."

§ 8—12 sagen im Wesentlichen, dass der behandelnde Arzt nur provisorisch zu handeln, den Kranken möglichst zu isoliren, das Haus zu sperren habe, bis der Bezirksarzt erscheint. Dieser ordnet dann definitiv alle gesetzlichen Schutzmaassregeln an, Ueberführung des Kranken in's Pockenspital, Haussperre u. s. w.

Das Letztere ist der wesentliche Fortschritt der neuesten Instruction zur älteren Verordnung betreffend die Maassregeln gegen die Menschenpocken: der Staat übernimmt durch seinen Bezirksarzt die volle Verantwortung und alle Anordnungen beim Auftreten eines Pockenfalles. Der practische Arzt hat nur die Anzeigepflicht und vorläufig einige zweckentsprechende Vorkehrungen zu übernehmen. Die Trefflichkeit dieser Verfügung nach allen Seiten ist einleuchtend.

Es dürfte vielleicht nur noch in den Anfangsparagraphen ebenso bestimmt ausgesprochen werden, dass schon der „Pockenverdacht" zur Anzeige durch den Arzt, und zur Nachschau durch den Bezirksarzt verpflichte. Dass man die nur Verwirrung anstiftenden Ausdrücke „modificirte Pocken" und „Variolois" eigentlich gar nie mehr gebrauchen, sondern einzig und allein nur von „Variola" reden sollte, darüber sind ja Alle einig; und diese Ausdrücke sind in die Verordnung jedenfalls nur hinübergekommen aus Gründen des juristischen Formelwesens. Auch wäre es wohl, da § 5 eine etwas drohende Tonart anschlägt, nicht Unrecht, wenn sich der Gesetzgeber im § 1 auf den Standpunkt stellen würde, dass Diagnosen eben nicht wie Steine können von der Strasse in die Tasche gesteckt werden, dass zumal die Diagnose „Pocken" eine der complicirtesten und schwierigsten Diagnosen sein kann, die es überhaupt gibt.

Kommt der Satz nun zur Geltung, dass auch bei Erwachsenen Varicellen vorkommen, so ist darauf zu rechnen, dass falsche Diagnosen um so eher gemacht werden.

Dadurch ist Alles, und nicht um ein Geringes, schwieriger geworden. Hinterher, wenn das Ungewisse sich abgeklärt hat, aus der früheren falschen Beurtheilung

eines Falles Ansprüche auf Tadel zu erheben, ist nicht das Richtige. Es muss schon von vornherein festgesetzt sein: wenn diese oder jene Diagnose ausgesprochen ist oder sehr in Frage kommt, so hat Dies und Jenes zu geschehen. Dann kennt Jeder seine Aufgabe.

So scheint mir also wünschenswerth, dass in dieser Sache Verordnungen in dem Sinne zur Geltung kämen:

„Wird bei einem Erwachsenen die „Diagnose Varicellen" gestellt, so ist dieselbe der Gesundheitsbehörde und dem Bezirksarzt ganz ebenso anzuzeigen wie die „Diagnose Variola". Und diese Behörden, wie der Arzt haben allseitig so vorzugehen, als ob es Pocken wären, bis der Bezirksarzt zur Ueberzeugung gekommen ist, dass es wirklich Varicellen sind."

Allerdings was nun thun bei solcher Diagnose, möge sie sich nachher als richtig oder falsch herausstellen?

Ist die Diagnose Varicellen mit absoluter Sicherheit zu stellen, was ich für möglich halte, nun so kann man den Menschen als gefahrlos eben laufen lassen.

Aber immerhin ist doch die allergrösste Vorsicht zu empfehlen und hierin ist denen völlig Recht zu geben, welche verlangen, dass man die „Varicellen Erwachsener" wie „Pocken" behandle.

Für die unabsehbaren Folgen einer falschen Diagnose nur ein Beispiel:

Einige Jahre lang war die Stadt Montreal in Canada von Pocken frei gewesen, und die Impfung wurde, da kein Impfzwang bestand, sehr stark vernachlässigt. Ein Mann kam 1885 von Chicago. Er litt an sehr leichten Pocken. So mild war der Verlauf, dass man den Fall für Varicellen hielt und den Kranken in ein grosses allgemeines Hospital aufnahm. Er steckte mehrere Mitpatienten an und von da aus verbreiteten sich die Blattern über zahlreiche Theile der Stadt und vermehrten sich mit solcher Geschwindigkeit, dass bis zum Ende des Jahres 3164 Todesfälle erfolgt waren in einer Bevölkerung von 180,000 Menschen. (British Medical Journal 1888, I, p. 151.)

Nur Eines ist ebenso sehr im Auge zu behalten, der französische Internirte hat es bewiesen: man kann durch Verbringung in's Pockenspital den Varicellenkranken mit Pocken inficiren. Er könnte auf solchem Wege auch zu Grunde gehen. Daher ist nach dieser Richtung nicht minder allergrösste Vorsicht von Nöthen. Das ist auch der Grund, warum der Staat, nicht der Privatarzt, von Anfang an von Amts wegen verfügen soll.

Der Erwachsene mit der Diagnose Varicellen, der nicht zweifellos sicher diese Krankheit hat, ist auf's Sorgfältigste zu isoliren, nur nicht in einem Pockenspital.

Die Schwierigkeit, ein passendes Local aufzutreiben, ist dann allerdings oft gewiss nicht geringfügig. In den Privathäusern ist die Isolirung bekanntlich allermeistens sehr ungenügend. Kann man den Verdächtigen durchaus nirgend anderswo als in einem Pockenspitale unterbringen, so darf er nicht eher entlassen werden,

als bis mehr als die vierzehn Tage verflossen sind, welche einer Variolaincubation entsprechen könnten.

VII.

Die Diagnose der Varicellen bei Erwachsenen ist jedenfalls eine ausserordentlich heikle, ja geradezu eine unheimliche, so wohl bekannt auch die allgemeinen Regeln der Unterscheidung sind. Was mich nicht zum Geringsten in's Schwanken brachte, war die Frage: werden nicht bei Erwachsenen wegen der grösseren Derbheit der Haut die Bläschen etwas derber, etwas weniger abstossbar sein als bei Kindern? könnte nicht, ähnlich wie bei Masern der Erwachsenen, der Verlauf der Varicellen Erwachsener sich etwas schwerer gestalten, mit mehr Fieber, mit mehr Pockenähnlichkeit des Krankheitsbildes?

Der Gewinn meiner Erfahrungen liegt, glaube ich, darin, dass dies verneint werden kann.

Bei Erwachsenen darf die Diagnose Varicellen nur gemacht werden, wenn das Bild absolut gleich ist dem typischen Ausschlage und Krankheitsverlaufe der Kindervaricellen. Auf einen durch das höhere Alter abgeänderten Verlauf zu rechnen ist durchaus falsch.

Es muss besonders die leichte Abstossbarkeit der Bläschen, nicht erst später, sondern schon von Anfang an vorhanden sein, und ebenso die Vielgestaltigkeit der Formen und ihr schubweises Auftreten.

Es muss in allen Richtungen der Eindruck einer leichten Erkrankung vorherrschen.

Heftigeres Prodromalfieber, heftigeres Kopfweh, Rückenweh und starker Schweiss sprechen von vornherein gegen Varicellen und für Pocken, ebenso ein ganz minimer Ausschlag.

Erkranken Erwachsener allein, ohne Zusammenhang mit sicheren Kindervaricellen, besonders bei Vorhandensein anderer, wenn auch durchaus vereinzelter Pockenfälle, muss zu grösster Vorsicht mahnen und dies um so mehr, je mehr Erwachsene krank werden.

Als „typisch“ für Kindervaricellen möchte etwa Folgendes zu bezeichnen sein:

Es ist eine leichte Erkrankung; der Ausschlag kommt bei scheinbarem Wohlsein; es fehlen heftiges Fieber, Kopfweh, Rückenweh und Schweiss; neben einander bestehen schon, wenn einmal der Arzt geholt wird, — sie folgen nicht erst hintennach — rothe Flecken, kleiner und grösser, weniger oder stärker juckend, hoflose Bläschen, Bläschen mit kleinerem oder grösserem rothem Hofe, geringe Erhabenheit und flache Erhabenheit der rothen Stellen, klare Bläschen, kleiner und grösser, trübe Bläschen, Eiterbläschen, eintrocknende Bläschen, Dellenbläschen, abgestossene Bläschen, feuchte Schorfe, trockene Schorfe.

Besonders das auffallende Vorhandensein schon bei der ersten Besichtigung — wegen der Abhebung des Epithels durch klares Serum ohne stärkere Infiltra-

tion der Bläschenstelle — von wasserklaren glänzenden Bläschen, von abgestossenen Bläschen, und von oberflächlichen Schörfchen ohne starke Knötchenbildung und tiefgehende Eiterung, — neben den andern bunten Erscheinungen, — ist das wichtigste Criterium, das beim ersten Anblick Charakteristische; und dazu kommt dann noch die durch fortwährende Nachschübe eintretende Erneuerung dieses Bildes bei stetem Wohlgefühl.

Das alles zusammen genommen ist es, was beim Kinde wohl am zuverlässigsten die Diagnose sichert. Das muss auch beim Erwachsenen in klarster Weise bestehen, die durchaus keine Bedenken aufkommen lässt, soll mit vollständiger Sicherheit, wie im zuletzt geschilderten Falle, die Diagnose gestellt werden. Blos ein einzelnes Symptom darf nicht zur Entscheidung verwendet werden.

Dass noch alle Nebenumstände, Verlauf, Infectionsverhältnisse, Fehlen der Pocken am Orte u. s. w. mit zu berücksichtigen sind, ist klar genug. Blos stehen diese im kritischen Momente am Anfange oft nicht zur Verfügung, wo sie am wichtigsten wären zur Entscheidung: was diagnosticiren, was thun?

Auf die Abweichungen der Kindervaricellen vom typischen Bilde, auf die ganze Pockendiagnose brauche ich nicht einzugehen. Es ist bekannt, dass heftigeres Fieber in der Incubation und im Verlaufe der Varicellen bestehen kann; dass es auch zum Theil zu Zusammenfluss der Bläschen, und zu Narbenbildung, zu Affection der Schleimhäute kommt; eine grössere Zahl Varicellen-Abscesse habe ich schon gespalten wie Hunderte von Variola-Abscessen; bekannt ist die ausserordentliche Vielgestaltigkeit der Pocken, von Fieberlosigkeit bis zu anhaltender Hyperpyrexie von den vereinzelten Bläschen oder Mangel jeden Ausschlages bis zum Aussehen wie ein Eichenbaum oder wie eine aus allen Oeffnungen Blut entleerende, auf der ganzen Haut blutunterlaufene Masse. Diese höchsten Extreme bringen keine Gefahr mehr für die Diagnose: sie liegt in den leichten Formen. Immerhin kann der stärkere Ausschlag, des Polytechnikers, unter Umständen für Varicellen sprechen, der schwächere, der Tochter des Briefträgers und des Kanzlisten, für Pocken. Schwere Erkrankung und hohes Fieber sprechen ohne Weiteres für Variola.

Fall XXX. Hausfrau, 62 Jahre alt.

Sie gab in ihrer Anamnese an, dass sie im 31. Jahre nach der ärztlichen Diagnose sicher an Varicellen gelitten habe. Aber die Schilderung bewies sofort die Falschheit dieser Diagnose: furchtbares Kopfweh, furchtbares Fieber, grosse Uebelkeit mehrere Tage lang, sehr starker Ausschlag, sehr starke Eiterung, lange Dauer der Krankheit u. s. w. Ansteckungen von ihr aus: Bruder mit 34 Jahren und Schwester mit 28 Jahren. Der Arzt scheint durch ganz vereinzeltes Vorkommen der Fälle auf den Irrweg gerathen zu sein.

Ich will auch noch eine Beobachtung erwähnen, bei der die Diagnose auf sehr schlimme Abwege gekommen wäre, wenn sie auf Grund der, von höchst zuverlässiger Seite gestellten Diagnose „Varicellen bei Kindern“ auf „Varicellen bei Erwachsenen“ hätte schliessen wollen.

Fall XXXI. Lehrerin, 22 Jahre alt.

1. Tag (27. August 1885). Heftiges Kopfweh den ganzen Tag. Kreuzweh.

2. Tag (28. August). Eintritt in Behandlung. 38,5°; 108; 36. — 38,5; 39,0; 39,3°. Fieberbeschwerden. Negativer Befund. Bauchschmerz. Kreuzweh. Kopfweh.



3. Tag (29. August). 38,6; 108; 36. — 39,7; 40,2; 120; 28. — 39,5°. Starker Schweiss. Starkes Kopfweh. Bauchweh. Kreuzweh. Einzelne rothe Flecke. Roseola? Sudamina? War im Kinderspital, wo Varicellen. Impfung als Kind fraglich. Keine Narben.

4. Tag (30. August). 39,0°; 108; 39,4; 108; 40,1; 120; 48; 40,4; 120. Zahlreiche rothe Flecken — Knötchen am ganzen Leib; spärlich an den Beinen; stark am Gesicht, den Oberarmen und dem Rumpfe. Eine einzige Pustel an der rechten Wange.

3 Uhr. Knötchen zunehmend. Erster Anfang von Bläschen. Pocken. In's Pockenspital. Sehr schwerer Fall. Dort gestorben.

Die Kranke hatte im Kinderspital Stunden gegeben zwei Male in der Woche. Dort hatte ein Kind vermeintlich Varicellen in die Anstalt geschleppt, und es erkrankten zehn Kinder und zwei Wärterinnen. Bei Allen wurde die Diagnose Varicellen festgehalten, zum Theil deshalb, weil im Prodromalstadium keine Temperaturerhöhung konnte festgestellt werden. (Neue Züricher Zeitung 1886. Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XVII, 1887, Nr. 13.)

Wenn die oben mitgetheilten Mahnungen nicht schon vorher erfolgt wären, so hätte ich mich vielleicht durch das Vertrauen auf die Gründlichkeit der Beobachtung, die Zuverlässigkeit der Diagnostik, wie sie im Kinderspital gepflegt werden, bestimmen lassen, noch länger die Entscheidung über meinen Fall hinauszuschieben. So aber wurde die richtige Diagnose bei Zeiten gemacht, und dadurch kam auch die Irrung im Kinderspital zum Abschluss. Diese wurde mir ausserordentlich verständlich besonders in der Erinnerung an die Hartnäckigkeit, mit welcher sich auch in meinen falsch gedeuteten Fällen die Gründe herandrängten — trotz allem Streben nach strengster Objectivität — um das einmal für richtig Gehaltene zu stützen. Das Diagnosticiren ist eben stets ein höchst feiner psychischer Process, die Reaction eines Hirnes auf einen ausserhalb desselben ablaufenden, aber das Hirn beeinflussenden Vorgang. Es stimmen leider nicht immer beide zusammen.

Ich kann nur den Wunsch aussprechen, es möchten meine Mittheilungen dazu mithelfen, zu verhüten, dass durch die falsche Diagnose „Varicellen bei Erwachsenen“ und die falsche Diagnose „Pocken“, wo Varicellen bei Erwachsenen vorliegen, Pockenherde gegründet werden.

VIII.

Die bisherigen Erörterungen berechtigen wohl zu folgenden Schlusssätzen:

Varicellen bei Erwachsenen kommen vor.

Sie sind seltene Ereignisse, aber doch nicht so sehr, dass sie der wissenschaftlichen oder practischen Bedeutung entbehrten.

Als solche Beobachtungen glaube ich ansprechen zu können: den Fall eines 20jährigen Polytechnikers; eines 21jährigen Fräuleins; eines 22jährigen Soldaten, der in Folge der Verkennung der Krankheit mit Pocken inficirt wurde; eines 47 Jahre alten Herrn, der das Merkwürdige bietet, dass er im 27. Jahre schon einmal Varicellen und nicht Pocken gehabt haben soll. Ein fünfter Fall wurde auf Grund meiner Mittheilung von ganz zuverlässiger Seite gemeldet.

Aus Basel stammen ein sechster, siebenter und achter Fall: ein 21jähriger Seminarist; eine 25jährige Magd; nicht absolut sicher, obgleich kaum zweifelhaft ein 44jähriges Weib.

Es ist zu hoffen, dass fernere Berichterstattungen die Lehre von den Varicellen der Erwachsenen ausbauen.

Die Bedeutung dieser Fälle liegt natürlich ganz und gar in der Gefahr der Verwechslung mit Pockenfällen.

Die Diagnose ist nur dann sicher zu stellen, wenn das Krankheitsbild in vollkommenster Weise dem typischen Bilde der Kindervaricellen entspricht.

Wo die „Diagnose Varicellen der Erwachsenen" gestellt wird, haben der Arzt und die Gesundheitsbehörden sich des Falles genau so anzunehmen, wie der Fälle mit der „Diagnose Pocken", und zwar so lange, bis durch den amtlichen Arzt die „Diagnose Varicellen" über allen Zweifel sicher erklärt wird oder der Fall abgelaufen ist.

Zweifelhafte Fälle sind sofort sorgfältigst zu isoliren, aber nicht in's Pockenspital zu bringen. Es ist besser mit dem Zweifel an der bejahenden Diagnose zu sehr als zu wenig freigebig zu sein.

Vereinsberichte.

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

Erste Sitzung im Sommer-Semester 1888, Dienstag, den 1. Mai, Abends 8 Uhr, im Café du Pont (Kirchenfeld).[1])

Präsident: Dr. *Schaerer*. — Actuar: Dr. *Dumont*.

Anwesend: 18 Mitglieder.

1. Dr. *E. Emmert* bringt **„Mittheilungen aus der Ophthalmoscopie"**. Nach einem Rückblick auf die Entstehung und Entwicklung der Ophthalmoscopie demonstrirt er seinen eigenen Augenspiegel, den er seit 5 Jahren im Gebrauch und noch nirgends veröffentlicht hat, ferner denjenigen von *Schmidt-Rimpler* zur Bestimmung der Refraction im umgekehrten Bild. Sodann zeigt er eine Anzahl interessanter Augenspiegelbilder vor, die er meistens mit farbigen Pulvern und Pastellstiften auf Papier pelé, zum Theil auf Blätter des *Haab*'schen Skizzenbuches gezeichnet hat. *Emmert* zieht für viele Fälle die erstere Methode vor. Endlich bespricht der Vortragende noch die neuesten Fortschritte auf dem Gebiete der photographischen Aufnahme des äusseren und des inneren Auges. Das von *Gädicke* und *Miethe* in Berlin erfundene sog. Blitzpulver (Magnesium und Kali chloricum $\overline{aa}$) oder besser Magnesium-Benzin oder Magnesium-Benzinkerzen gestatten das Auge momentan so intensiv zu beleuchten, dass vorzügliche Photographieen des äusseren Auges[2]) und binnen Kurzem ohne Zweifel auch des Augenhintergrundes aufgenommen werden können. *Emmert* zeigt 6 solcher photographischer Aufnahmen des Auges vor, unter diesen auch eine wohlgelungene vom Augenhintergrund eines Augenphantoms, welche Herr Prof. *H. Cohn* in Breslau angefertigt und ihm zuzuschicken die Güte hatte.

In der Discussion frägt Dr. *Dick* den Vortragenden an, ob bei dem *Schmidt-Rimpler*'schen Apparate durch das Bändchen, dessen mehr oder weniger ergiebige Abrollung den Grad des vorhandenen Refractionsfehlers angeben soll, durch seitliche Verrückungen des Beobachters nicht Fehlerquellen entstehen können?

Dr. *Emmert* erwidert, dass eine bedeutende Verschiebung sofort daran kenntlich würde, dass das Bild, welches man früher gesehen, verschwinden und dass eine kleinere Verschiebung, wie sie möglich ist, eine nicht in Betracht fallende Veränderung des Resultates hervorrufen würde.

---

[1]) Eingegangen den 18. Mai 1888. Red.

[2]) Vergl. „Corr.-Blatt" 1888 pag. 295. Red.



2. Dr. *Girard* spricht über eine **„Neue Methode der Gastrostomie mit Sphincterbildung“.** Nachdem ein an impermeabler Oesophagusstrictur leidender Kranker die Gastrostomie mit Glück überstanden hat und die Ernährung durch die Magenfistel stattfinden kann, zeigt sich bekanntermaassen nach mehr oder weniger kurzer Zeit die sehr unerwünschte Complication, dass die Magenflüssigkeiten neben den Canülen, Röhren und dergl. ausfliessen, was verschiedene Nachtheile, unter Anderem lästige Excoriationen der Bauchhaut zur Folge hat. Zur Besserung bietet dieser Zustand wenig Neigung, im Gegentheil hat leider die Fistel eine Tendenz zur Erweiterung.

Verschiedene, theils operative, theils auf Anwendung von Verschlussvorrichtungen basirte Verfahren, auf welche hier nicht eingegangen werden kann, wurden behufs Erreichung des gewünschten genauen Abschlusses empfohlen, scheinen aber den Zweck nicht sicher erzielt zu haben.

Der Vortragende beschreibt ein operatives Verfahren, welches er vor einigen Wochen bei einem Patienten seiner Abtheilung im Inselspital anwendete. Leider hatte letzterer den Eingriff erst im äussersten Inanitionszustand zugegeben; er überlebte die Operation nur um einen Tag und starb an Schwäche.

Trotzdem dürfte die ausgeführte Operation einer Mittheilung würdig sein:

Eine circa 15 cm. lange verticale Incision durch Haut und Muskel spaltete den M. rectus abdominis sin. in seinem oberen Theil der Länge nach in der Mitte. Die Bauchhöhle wurde in der Mitte der fraglichen Incision geöffnet, die vordere Magenwand in der Nähe des Fundus kegelförmig herausgezogen und durch eine Reihe von Seidennähten die Basis dieses Kegels gegen die Ränder der Bauchhöhlenöffnung d. h. Peritoneum und hinterer Theil der Rectumscheide genau fixirt.

Darauf wurde beiderseits des Spaltes im Rectus je ein gut fingersdickes Muskelbündel mit Schonung circa 10 cm. brückenförmig abgelöst und diese beiden Muskelbrücken derart übereinander in flacher Schlingenform seitlich verschoben, gewissermaassen gekreuzt, dass ein muskulöser Sphincter entstand, durch dessen Oeffnung die Spitze des Magenwandkegels herausgeleitet wurde.

Eine Anzahl von Catgutnähten fixirten Muskelbündel und Magenkegel in der genannten Stellung. Der Magen musste sofort wegen der Schwäche des Patienten durch einen kleinen Stich geöffnet und flüssige Nahrung mittelst einem eingeführten kleinkalibrigen Drainrohr eingespritzt werden.

Von diesem Verfahren war zu hoffen, dass der in der willkürlichen Muskulatur gebildete Sphincter willkürlich, durch Anspannung des Rectus, geschlossen werden könne und jedenfalls der allmäligen Erweiterung mindestens nicht preisgegeben sein würde. Selbst bei allfälliger bindegewebiger Entartung der Muskelbrücken würden sie, wegen dem Zusammenhang mit dem Rest des Muskels nach auf- und abwärts durch deren passive Streckung sphinkterartig wirken.

Die Section des Patienten zeigte, dass Alles in der gewünschten Stellung geblieben war; der Magen war bereits mit der Peritonealöffnung gehörig verwachsen.

Der Vortragende beabsichtigt, beim nächsten Fall in gleicher Weise zu verfahren.

In der Discussion bemerkt Dr. *Dubois,* dass ihm die vom Vortragenden beschriebene Operationsmethode sehr ingeniös vorkomme, welche den inneren Mediciner zur Empfehlung der Gastrostomie nur ermuthigen könne.

3. Dr. *Dick* demonstrirt einen vor 3 Tagen exstirpirten mannskopfgrossen Ovarialtumor, an dem die Folgen einer Stieltorsion in vollständigem Verschluss der den Tumor ernährenden Blutgefässe, in kolossaler Schwellung der Tube, bedeutendem Blutextravasate in die Wandungen der Cyste und in beginnender Gangrän deutlich zu sehen sind. Es wird im Anschluss daran auf die Entstehungsursachen solcher Stieltorsionen: Veränderung der Körperstellung, die Bewegungen der Därme, die wechselnde Füllung von Rectum und Blase und namentlich den Einfluss von Schwangerschaft und Geburt aufmerksam gemacht und namentlich auch darauf, dass dieser sehr schlimme Zufall meist bei k l e i n e n Ovarialtumoren beobachtet wird. Es sind daher kleine Ovarialtumoren nicht, wie das häufig

geschieht, als mehr oder weniger unschuldige Geschwülste expectativ zu behandeln, sondern möglichst früh zu exstirpiren.

Im Anschluss daran erwähnt Dr. *Dumont* eines Falles von Stieltorsion bei einer Ovarialcyste, die er vor circa 9 Jahren mit dem Vorredner zu beobachten Gelegenheit hatte. Hier war bereits in Folge zu langen Abwartens Gangrän der Cyste eingetreten und trotz Operation starb die Patientin wenige Tage darauf an septischer Peritonitis.

4. Dr. *Girard* demonstrirt folgende Instrumente:

1) Einen Trachealrespirator, nach seiner Angabe für Tracheotomirte, welcher sowohl unmittelbar nach der Operation (bei jedweder Indication), als für die Nachbehandlung sowie auch bei permanenter Canüle angezeigt ist.

2) Mehrzinkige stumpfe Wundhaken mit verbessertem *Schwabe*'schem Griff; ein Ring nahe am Stiel erlaubt dem Zeigefinger einen sehr festen Stützpunkt zu nehmen (diese Verbesserung auch nach Angabe des Vortragenden).

3) Eine neue gestielte Nadel, eine Ligaturnadel für Ovariotomie, zwei Messer zur Eröffnung von tiefen, z. B. Leberabscessen auf Leitung eines Trocarts, und einen Uterusdilatator mit Spülvorrichtung; diese letztern Instrumente nach Angabe von Dr. *Aug. Reverdin* in Genf.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

5. Wintersitzung den 14. Januar 1888.[1])

Präsident: Dr. *H. v. Wyss.* — Actuar: Dr. *W. Schulthess.*

I. Im Anschluss an den Vortrag von Prof. *Krönlein* über Sublimatantisepsis macht das Präsidium auf die Gefahr aufmerksam, welche in der Form der heute erhältlichen Sublimatpastillen liegt. Die Pastillen gleichen nämlich ausserordentlich einzelnen Zuckerzeltchen und könnten leicht zu einer Vergiftung von Kindern führen. Eine andere Form und Farbe wäre durchaus wünschenswerth.

Dr. *Zehnder* stellt den Antrag, dass der Vorstand der Gesellschaft an die Sanitätsdirection das Gesuch stelle, sie möchte dafür besorgt sein, dass den Sublimatpastillen eine andere Form und Farbe gegeben werde.

Der Antrag wird angenommen.

II. Dr. *v. Monakow* liefert: **Experimentelle und pathologisch-anatomische Beiträge zur Kenntniss der optischen Leitungsbahnen und Centren.**

Der Vortragende hat seine im „Archiv für Psychiatrie" (Bd. XII und XVI) mitgetheilten Untersuchungen über die optischen Bahnen und Centren fortgesetzt und zwar durch Studium von Gehirnen erwachsen operirter Thiere und von menschlichen Gehirnen mit Læsionen im Gebiete des Hinterhauptslappens. Was die erst erwähnten Präparate anbetrifft, so standen ihm zu Gebote: 1) ein der rechten Sehsphäre partiell beraubtes Katzengehirn (das Thier wurde, als es ca. 5 Wochen alt war, operirt und blieb 6 Monate am Leben), 2) drei Gehirne von Hunden, denen Herr Prof. *H. Munk* in Berlin beide Sehsphären vollständig abgetragen hatte und die 10 Wochen bis 2 Jahre nach der ersten Operation gelebt hatten. Diese Präparate, die zum Theil von jenen an der Naturforscherversammlung in Berlin (1886) demonstrirten Hunden stammen, waren dem Vortragenden von Herrn Prof. *Munk* in liebenswürdiger Weise zur anatomischen Untersuchung überlassen worden. Von den menschlichen Gehirnen kamen zwei zur Bearbeitung, eines mit hochgradiger einseitiger hydrocephalischer Erweiterung und Atrophie des linken Occipito-Temporallappens, von einem taubstummen Mädchen stammend, und eines mit einem hämorrhagischen und encephalomalacischen Defecte im rechten Hinterhauptshirn (beschränkt auf den Cuneus Lobul. lingual. und das angrenzende Mark), einem 70jährigen Manne angehörend.

Sowohl die einseitig operirte Katze als die drei Hunde zeigten in Uebereinstimmung

---

[1]) Erhalten 8. April 1888. Red.



mit den Untersuchungsergebnissen des Vortragenden an neugebornen operirten Thieren absteigende secundäre Degenerationen (bei doppelseitiger Operation ganz symmetrisch) im Stabkranz des Occipitalhirns und in der caudalen Partie der inneren Capsel und daran anschliessend in den primären Opticuscentren. Die Intensität der secundären Degeneration stand im geraden Verhältniss zur Lebensdauer nach dem operativen Eingriff. Vor allen Dingen war das Pulvinar hochgradig ergriffen, dessen degenerirte Zone von den gesunden Partien des Thalam. opt. auffallend scharf abstach. Bei den Hunden, die 1 und 2 Jahre nach der Operation gelebt hatten, fand sich beiderseits symmetrisch mit Ausnahme eines kleinen lateralen Feldes alles in geschrumpftes Gewebe (bestehend aus Spinnenzellennestern, Kernhaufen, verdickten Gefässen etc.) verwandelt, in dem nicht eine einzige normale Ganglienzelle zu erkennen war, während bei den andern Thieren eine scharf umgrenzte aber nur partielle Erkrankung dieses Körpers sich zeigte. Etwas weniger intensiv, aber in ganz unverkennbarer Weise zeigten sich die corpora gen. ext. (bei der Katze selbstverständlich nur das rechte) entartet. Die secundäre Erkrankung beschränkte sich hier auf die mehr capital liegenden Querschnitte, während in jenen caudalen freiliegenden Partien des corp. gen. ext., die dorsalen und ventralen Zellengruppen (wahrscheinlich eigentlicher Opticusursprung)[1]) ganz normal erschienen und die Degeneration sich lediglich auf die central und etwas medial liegenden Abschnitte sich beschränkte. Am unklarsten war die Localisation der secundären Erkrankung im vorderen Zweihügel, wo durchweg neben gesunden Elementen degenerirte zerstreut lagen, sowohl in der grauen Kappe, als scheinbar auch im „mittleren Grau“; bei der Katze und bei einem der Hunde waren die Veränderungen mit Sicherheit nicht nachweisbar, auch waren bei einem der Hunde die krankhaften Veränderungen mit erzeugt durch eine beträchtliche Ependymwucherung. Das sog. mittlere Mark war sehr schmal, enthielt aber noch eine Reihe markhaltiger Nervenfasern. Im Gebiete des Arms des vorderen Zweihügels zeigten sich deutliche degenerative Veränderungen (Katze, 2 Hunde). Die Nn. optici waren nur bei jenem Hunde, der zwei Jahre nach der Operation gelebt hatte, partiell degenerirt (breite Bindegewebssepta, einzelne marklose Fasern neben vielen markhaltigen); bei diesem Thiere waren auch die Tractus opt. beträchtlich ergriffen; bei den andern Thieren waren Tractus und Nn. opt. weiss und zeigten nur mässige Verbreiterung der Septa, so dass hier eine secundäre Degeneration nicht mit Sicherheit angenommen werden durfte; bei der Katze war eine Volumensverkleinerung im Tractus der operirten Seite nicht nachweisbar.

Ueber den ersten menschlichen Fall hatte der Vortragende bereits beim ärztlichen Congress in Wiesbaden (1887) kurze Mittheilung gemacht. Hier zeigte sich im Anschluss an die durch hydrocephalische Erweiterung des linken Hinterhorns erzeugte Volumsabnahme des ganzen Occipito-Temporallappens neben anderen Veränderungen eine beträchtliche partielle Degeneration (Körnchenzellenbildung) in den *Gratiolet*'schen Strängen, an welche sich eine sehr ausgesprochene Entartung des linken Pulvinars und eine mässige des linken Corp. gen. ext. knüpfte. Letzterer zeigte keine wesentliche Volumensreduction und imponirte, macroscopisch betrachtet, als ein ziemlich normales Ganglion; die microscopische Betrachtung verrieth indessen, dass hier die ventral gelegenen, kranzartig sich hinziehenden grossen Ganglienzellen völlig vernichtet waren und von den übrigen (dorsal gelegen) zwei Drittel fehlten. Das Zwischengewebe erschien verwischt, zeigte beträchtliche Kernwucherung und färbte sich mit Carmin dunkler als auf der gesunden Seite. Der diesem corp. gen. ext. entstammende Tractus opt. war etwas schwächer gebildet als auf der andern Seite. Der vordere Zweihügel zeigte keinen ganz klaren Befund.

Das zweite Präparat vom Menschen bot bei der macroscopischen Besichtigung einen circa haselnussgrossen alten hämorrhagischen Herd im Mark des rechten Cuneus dar; letzterer sowie der lobul. lingualis und der Gyr. Hippocampi waren ganz geschrumpft und zeigten gelb erweichte wurmartige Windungen. Intra vitam bestand sieben Jahre lang totale rechtseitige Hemianopsie. Die secundären Veränderungen waren überraschend und deckten

---

[1]) Richtiger gesagt Opticusendigung.

sich völlig mit denen beim Fall I (J. B.) im „Archiv für Psych.", Bd. XVI, 1 beschriebenen: Die *Gratiolet*'schen Fasern waren secundär hochgradig degenerirt, das Pulvinar erschien auf die Hälfte geschrumpft und frei von normalen Ganglienzellen, das rechte Corpus gen. ext. war auf ein Drittel seines normalen Volumens reducirt; die radiären Schichten im selben waren wohl noch zu erkennen, doch zeigten sich fast alle Ganglienzellen in denselben vernichtet. Die das corp. gen. ext. umgebenden Partien waren normal bis auf das laterale Mark desselben, welches noch zur inneren Capsel gehört und die Fortsetzung der *Gratiolet*'schen Stränge darstellt. Ausserdem zeigte sich (der primären Schrumpfung im Gyr. Hippocamp. und im Ammonshorn entsprechend) die rechte Fornixsäule völlig vernichtet und das r. corp. mamm. beträchtlich atrophisch. Der r. Tractus opt. war auffallend schmal und deutlich degenerirt, die Degeneration liess sich durch das Chiasma hindurch in beide Nn. optici verfolgen. Der rechte vordere Zweihügel erschien wesentlich flacher als der linke und verrieth in den dorsalen Schichten degenerirte Partien, wie denn auch der Arm desselben eine nicht zu verkennende partielle Entartung zeigte.

Aus diesen Beobachtungen ergibt sich abermals, was schon die Operationserfolge an neugebornen Thieren lehrten, dass die primären Opticuscentren (Pulvinar, corpus gen. ext., vorderer Zweihügel) in weitem Umfange in Abhängigkeitsverhältniss zur Sehsphäre stehen und somit nur eine ganz beschränkte Selbstständigkeit besitzen. Histologisch documentirt sich die secundäre Erkrankung als eine echte Degeneration (langsame Necrose der nervösen Elemente) [1]) mit Erhaltung der Entartungsproducte, während letztere nach Eingriffen an neugebornen Thieren zur raschen vollständigen Resorption gelangen, weshalb im Gehirn der letzterwähnten die Verlaufsrichtung der zu Grunde gegangenen Bahnen mitunter so schwer festzustellen ist. Bemerkenswerth ist im Weitern bei erwachsen operirten Thieren die scharfe Grenze zwischen degenerirten und normalen Partien sowie die langsame Bildung einer Volumensverkleinerung der secundär erkrankten Centren, während bei neugeboren operirten Thieren schon wenige Wochen nach der Operation eine höchst beträchtliche Schrumpfung der von den abgetragenen Rindenregionen abhängigen Thalamuskerne sich zeigt. Schliesslich geht bei erwachsen operirten Thieren die Entartung über die primären Centren (auf den Tract. und die Nn. opt.) entweder gar nicht oder erst nach jahrelangem Bestehen des Sehsphärendefectes hinaus.

Zum Schlusse erläutert der Vortragende an einer Skizze, welche Vorstellung er sich aus seinen bisherigen Untersuchungsergebnissen und aus den Arbeiten von *Gudden*, *Ganser*, *Mayser*, *Golgi*, *Forel* und *His* über die Gesammtanlage der optischen Bahn und über die histologische Verknüpfung der verschiedenen optischen Centren unter einander gebildet hat. — Die Details seiner Untersuchungsergebnisse sowie die daraus sich für die feinere Anatomie ergebenden Schlüsse wird der Vortragende an einem andern Orte in ausführlicher Weise behandeln.

Discussion. Prof. *Forel* betont, dass es sehr verdankenswerth sei, dass *v. Monakow* so energisch für die Thatsachen der experimentellen und durch die pathologischen Befunde festgestellte Hirnanatomie eingetreten sei, während die Mehrzahl der Physiologen die Gehirnphysiologie theilweise noch mit einer merkwürdigen Vernachlässigung der Resultate anatomischer Forschung behandle. Er bedauert, dass ein grosser Theil *Gudden*'scher Resultate noch unpublicirt geblieben ist. Zum Theil enthielten bereits *Gudden*'s Experimente Ergebnisse, welche *v. Monakow* heute mittheilte. Allerdings war *Gudden* voreingenommen vom Gedanken, dass die Atrophie sich im Sinne der Leitung geltend machen müsse und von manchen anderen Gedanken, was, nach der Meinung des Sprechers, ihn zu irrigen Deutungen führte.

II. Dr. *W. Schulthess* stellt einen $4^{1}/_{2}$jährigen Jungen vor, der bei der Geburt laut Anamnese und Protocoll des Kinderspitals Zürich eine Zerreissung des l. Sternocleidomastoideus erlitten hat. Die Geburt war in Steisslage erfolgt. Jetzt zeigt der Knabe

[1]) Vgl. auch *Forel*, Archiv für Psych. Bd. XVIII.



keineswegs Torticollisstellung, im Gegentheil Atrophie des betreffenden Muskels. Der Fall ist ein Beweis dafür, dass die *Strohmeyer*'sche Ansicht der Entstehung des Caput obstipum durchaus nicht immer zutrifft, er bestätigt hingegen gewisse chirurgische und experimentelle Erfahrungen über das Schicksal der Muskeln nach Zerreissung.

Discussion: Dr. *v. Monakow*, der den genannten Muskel für sehr atrophisch und functionsunfähig hält, glaubt, dass gerade deshalb eine Nervenlæsion wahrscheinlich sei. Schon bei Anlass eines Falles von cap. obstip. (demonstrirt von Dr. *Lüning* im Februar 1887) hat er auf die Mitbetheiligung der Nerven aufmerksam gemacht.

III. Dr. *W. Schulthess* demonstrirt die von ihm construirte **Kinderwaage**, welche für die Familie oder Anstalten bestimmt, vor allem den Vorzug der Billigkeit hat.[1]) Nach der Ansicht des Vortragenden ist eben gerade die Billigkeit der Kinderwaagen das beste Mittel, um das Wägen der Säuglinge populär zu machen.

IV. Das Präsidium theilt mit, dass Hr. Dr. *Fratscher* in die Gesellschaft aufgenommen worden ist.

Referate und Kritiken.

Four Months among the Surgeons of Europe

by *N. Senn* of Milwaukee.

Die Eindrücke und Erfahrungen während einer 4monatlichen Reise durch England, Frankreich, Deutschland und die Schweiz behufs Studiums der Chirurgie und der hervorragenden Chirurgen theilt Verf. in vorliegender Brochure mit zu Nutz und Frommen seiner Collegen in Amerika. Verf. zeichnet sich vortheilhaft vor der Grosszahl seiner Landsleute, die zum Zwecke ihrer medicinischen Ausbildung nach Europa kommen — Ref. kennt sie von Berlin und Wien her — dadurch aus, dass er die deutsche Sprache beherrscht, also um Vieles leichter reist, wie jene Amerikaner, welche es in 5—6 Monaten kaum zu einem correcten deutschen Satze und natürlich ebenso wenig zu einer entsprechenden Perceptionsfähigkeit für das ihnen Gebotene bringen. Auf einige Besonderheiten in den Auffassungen und Anschauungen des Verf. sei hier aufmerksam gemacht.

Zunächst wäre zu wünschen, dass er seinen amerikanischen Collegen etwas von dem durch das ganze gebildete Europa für den Mediciner geltenden Hospitium gesprochen hätte, das jedem promovirten und staatlich anerkannten Arzte das Recht gibt, die sämmtlichen Krankenanstalten zu besuchen und ihm überall, in gewöhnlichen Spitälern sowohl wie in Kliniken, freundliche und liebenswürdige Aufnahme garantirt. In Amerika kennt man wenig von einem solchen Hospitium[2]); dem Ref. wurde z. B. im New-York-Hospital trotz einer durch die New-York-Academy für die Besucher des Washingtoner-Congresses ausgestellten Empfehlungskarte und trotz einer speciellen Empfehlung des Präsidenten der Academie von New-York einfach die Thüre gewiesen. Was würde Verf. wohl sagen, wenn ihm so etwas zur Zeit der ärztlichen Visite in irgend einem Spitale auf seiner Reise vorgekommen wäre? Aergerte ihn doch schon eine Malteser Katze bei *Lawson Tait*, die mit Schuld war, dass dieser Chirurge sich während seines Mittag-Essens mit dem Verf. nicht in medicinische Discussionen einlassen wollte! (S. 49.)

Verf. verweilt in jeder Stadt je nach ihrer Grösse einen bis mehrere Tage, nie länger als eine Woche, reist also sehr rasch und verarbeitet demgemäss auch die ihm gebotenen Eindrücke wohl etwas zu rasch und flüchtig. Im Allgemeinen kommen die von ihm gesehenen Chirurgen recht gut weg und die schon von *Celsus* geforderten besonderen Eigenschaften eines Chirurgen werden der Reihe nach den Einzelnen ohne allzugrosse Unterschiede ausgetheilt. Es ist aber mehr wie amerikanische Rücksichtslosigkeit, wenn Verf. S. 35 zu sagen wagt, dass *Lister*'s wissenschaftliche Thätigkeit durch Glücksgüter und Ehrenbezeugungen untergraben worden sei. An den Verdiensten von *Lister* sollte doch

---

[1]) Beschreibung folgt in einem Fachblatte.

[2]) Prof. *Winkel* in München veröffentlicht in Nr. 6 der M. m. W. „Nordamerikanische Reiseerinnerungen", worin im Gegentheil zu obiger Auffassung der Autor kaum Worte genug findet zum Lobe der amerikanischen Gastfreundschaft und des bereitwilligen Entgegenkommens. *Garrè.*

Niemand rütteln und seine wissenschaftliche Bedeutung zu schmälern versuchen! Wie lange hat's gewährt, bis *Lister* in seinem engern Vaterlande nur bescheidene Anerkennung zu Theil wurde! Die erste grössere Ehrenbezeugung erhielt er im Juni 1879 von der deutschen Kaiserin bei ihrem Besuche in London. Dass in den Jahren des Alters männliche Thatkraft und wissenschaftlicher Arbeitseifer geschwächt werden, ist leider allgemein menschlich. — Von *Thiersch* spricht Verf. S. 106 in ganz gleicher Weise und gibt ihm den Rath, die Entlassung zu nehmen: „je bälder er das thue, desto besser für ihn und seine Studenten". — Zwei Tage verbringt Verf. in Halle bei *von Volkmann*, trifft ihn gerade beim Examiniren von Doctoranden und ist da Zeuge, dass letztere wenig wissen und sich daher eine Bemerkung ihres Lehrers gefallen lassen müssen. Daran wird nun der weise Rath geknüpft, man möge in Deutschland dasselbe thun wie in Amerika, tägliche oder wöchentliche Examina mit den Studenten vornehmen, dann werde es besser gehen. (S. 103.) Französische Besucher des Washingtoner-Congresses haben sich offen ausgesprochen, welchen Eindruck sie von der wissenschaftlichen Bedeutung der amerikanischen Aerzte bekamen, Ref. kann alle bezüglichen Angaben nur bestätigen.

Den Rath aber möchte er jedem Arzte geben, der auf einer Reise seinen Gesichtskreis zu erweitern hofft, dass er nicht aus einem Aufenthalte von zwei Tagen über die wissenschaftliche Bedeutung eines Mannes urtheilt; was *Lister*, *Thiersch* und *von Volkmann* hier mitbekommen, beruht auf einem oberflächlichen Eindrucke, verdient deshalb auch nur die einem solchen gebührende Beachtung. Die weitere Behauptung des Verf. (S. 103), „der amerikanische Student lerne mehr in einem Monat als der deutsche durchschnittlich in drei", mag richtig sein, wenn man das Wort „auswendig" noch hinzudenkt; für die gerühmten täglichen und wöchentlichen Examina der medicinischen Schulen Amerika's ist „Auswendig"-Lernen wörtlich nachgeschriebener Collegienhefte das einzig richtige. Bei uns wird das Auswendiglernen an den Primarschulen geübt, an der Universität heisst's aber: Vitæ discimus!

Seite 129 werden die Schweizer Universitäten „Bildungsschulen für deutsche Privatdocenten" genannt. Wo Verf. diesen Ausdruck gehört, ist leicht zu errathen. Das „Aude valere" mag allerdings verschiedene Intensitätsgrade nach den einzelnen Nationen haben, aber darin stehen unsere Schweizer-Hochschulen gross da, als Universitäten im besten Sinne des Wortes, dass sie keine nationalen Schranken kennen, weder für die Lehrer noch für die Schüler. Die Schweiz hat daraus Vortheile gezogen, um die sie jedes andere Land beneiden kann.

Mag Verf. diese Bemerkungen nicht verargen! Sie haben einen etwas subjectiven Anstrich bekommen, da dem Ref. das Nützliche und Schöne einer zu persönlicher und beruflicher Ausbildung unternommenen Reise nicht unbekannt ist. *Kaufmann.*

---

1. Ueber Conjunctivitis crouposa.

Von *Arnold Lotz.* Basel, Werner-Riehm. 52 S.

2. Ueber ophthalmoscopischen Befund und Hereditätsverhältnisse bei der Myopie.

Beitrag zur Lehre von der Entstehung und dem Wesen derselben von *Hermann Straumann.* Waldenburg, J. B. Diehl. 47 S.

3. Ueber die Magnetextractionen an der Basler ophthalm. Klinik.

Von *Carl Mellinger* von Mainz. Basel, Werner-Riehm. 58 S.

Vom Jahre 1887 liegen uns diese 3 Inaugural-Dissertationen aus der Basler Augenklinik vor.

Ad 1: Nachdem Verf. das Geschichtliche über die Diagnose der „nicht sehr seltenen, aber doch wenig bekannten Conjunctivalaffection" erörtert, bezeichnet er die pathologisch-anatomische Auffassung der Krankheit, wie sie *Sæmisch* definirt hat, als übereinstimmend mit den Ansichten der übrigen Autoren. Danach sind die auf der Bindehaut liegenden, leicht abziehbaren Pseudomembranen aus Fibrin und zelligen Elementen bestehende Entzündungsproducte der Schleimhaut, die durch neue Zellennachschübe abgestossen werden. Die Schleimhaut ist mit Ausnahme des Epitheldefects unversehrt und schliesst ohne Narbenbildung mit Catarrh oder Blennorrhœ ab. Die auf der Basler Augenklinik in den letzten 20 Jahren beobachteten Fälle sind 82 und am Schlusse übersichtlich in einer Tabelle zusammengefasst. Im Text werden 8 Fälle der gewöhnlichen Form mit und



ohne Hautaffectionen, 4 in Verbindung mit leichter Keratitis und Gesichts- oder Kopfeczemen und 3 mit Ulcerationen sowie Gesichtseczemen schwer verlaufende Fälle geschildert. Aetiologisch wird vermuthet, es möchte die Conj. croup. mit der Constitution des Erkrankten und namentlich mit Eczem in irgend einer Beziehung stehen, sei es, dass in die Augen gebrachtes Hautsecret selbst die croupöse Entzündung veranlasst oder die Schleimhaut des Auges eine der Hautaffection analoge Erkrankung erleidet. Thatsächlich ist eine bacteritische Infection weder festgestellt noch wahrscheinlich. In Bezug auf die Contagiosität der Erkrankung stehen die Ansichten der Autoren einander diametral gegenüber. Die in Basel hierüber gemachten Erfahrungen sprechen nicht für Infection, indem alle Fälle im allgemeinen Kindersaal behandelt wurden und auf sich beschränkt blieben. Die 82 beobachteten Fälle betreffen zumeist Kinder im Alter von $^1/_2$—3 Jahren und fallen öfter in die Winter- als in die Sommermonate, sind zudem häufiger beid- als einseitig. Der Verlauf war im Allgemeinen günstig, in 40% mit Hornhautaffectionen verbunden und die Dauer desselben 2—3 Wochen. Die Behandlung wechselt je nach der pathologischen Auffassung der Erkrankung durch die Ophthalmologen sehr; in Basel ist sie höchst einfach und besteht in der gründlichen Behandlung des Eczems mit weisser Præcipitatsalbe und Lanolin, sowie mehrstündigen lauwarmen Ueberschlägen mit Bleiwasser auf die Augen (1 dl. Acet. Saturn. auf 3—4 dl. lauwarmes Wasser), die jede Minute erneuert werden. So verschwinden die Pseudomembranen in 3—6 Tagen; nur ausnahmsweise — abgesehen von Hornhautcomplicationen — wird noch Argt. nitr. angewendet, wo hartnäckige Schwellung zurückbleibt.

Ad 2: Die Erkenntniss des Wesens und der Entstehung der Myopie ist in letzter Zeit durch bedeutende, namentlich die pathologisch-anatomische Seite der Frage beleuchtende Forschungen erweitert und ergänzt worden. Die angeführte Arbeit setzt sich zum Ziele, zwei bei den in den letzten 15 Jahren gemachten Schüleruntersuchungen hauptsächlich vorkommende Lücken auszufüllen, deren eine den Augenspiegelbefund im Anfangsstadium der Myopie betrifft, deren andere die Erblichkeitsverhältnisse der Myopiebelasteten aufhellen soll. In Bezug auf den ersten Punkt werden die seit Erfindung des Augenspiegels gemachten Beobachtungen und Zeichnungen des Augenhintergrundes von Seite der Autoren erwähnt, wie diejenigen von *E. v. Jæger*, *A. v. Græfe*, *Liebreich*, *Magnus*, *Donders* u. s. f., welche sämmtlich — abgesehen von *A. v. Græfe*, der bei 90% der Myopen Sclerotico-Chorioiditis annimmt — mehr die atrophischen Vorgänge an der Grenze des Sehnerven, als die entzündlichen Veränderungen beim Entstehen der Myopie schildern. Dem gegenüber betonte Prof. *Schiess* schon 1872 in seinem „Beitrag zur Therapie der Myopie" die bei beginnender Myopie auftretenden entzündlichen Veränderungen am Augenhintergrunde, wie Röthung und Trübung der Papille immer zuerst an der nasalen Seite, Trübung und Verbreitung des entzündlichen Processes auf die Umgebung unter Verwischung der Pupillengrenzen, venöse Injection und Schlängelung der Arterien, Gefässverschleierung, weiterhin Chorioidealveränderungen. In neuerer Zeit hat besonders *Knies* mit Uebersehung der Angaben von *Schiess* über den Augenspiegelbefund die entzündliche Natur der beginnenden Myopie, die „leichte Neuritis" hervorgehoben. Auch *Landolt* nimmt an, dass es sich nicht blos um Atrophie durch Dehnung, sondern um einen wirklichen Entzündungsvorgang handelt.

Im Weitern folgt nun die Schilderung des Augenspiegelbefundes bei Myopie, wie dieselbe seit Jahren in Basel üblich ist und für den Beginn die Hyperæmie betont, weiterhin die circulatorische Störung, die Röthung und Trübung der Papille, die Verwischung ihrer Grenzen, ihre Schwellung und Gefässverdeckung, kurz das Bild einer mässigen Neuroretinitis.

Es folgt nun die Zusammenstellung von 300 Fällen aus den poliklinischen und Privatjournalen des Herrn Prof. *Schiess* und zwar nur bis zum Alter von 25 Jahren, bezüglich deren Détails auf die Originalarbeit verwiesen sei. Das Endresultat ergibt in 20,05% Veränderungen mit entzündlichen Erscheinungen, in 41,68% Veränderungen ohne solche. Am intensivsten zeigen sich die entzündlichen Erscheinungen im Initialstadium der Myopie, bei einmal entwickelter verschwinden sie.

Die Erblichkeit macht sich bei der Entstehung der Myopie bei 56% der Untersuchten geltend und zwar gilt ihr Einfluss hauptsächlich dem Grade der Myopie, der bei hereditärer Belastung höher geht und zugleich stärkere Veränderungen am Augenhinter-

grunde herbeiführt. Erblichkeit lässt sich meistens nachweisen bei den angeborenen Fällen; diese letztern betragen übrigens nicht über 42,6% aller Myopien. Wenigstens 30—31% der Kurzsichtigen bekommen ihre Myopie in Folge von vernachlässigter Augenhygieine. Schlechte Prognosen geben die angeborenen durch Heredität verschärften Fälle von Myopie.

Ad 3: Eine Zusammenstellung von 12 eigenen Fällen aus den Jahren 1881—1887 ergibt folgendes Resultat: In 4 Fällen Erhaltung des Bulbus, in zweien Verlust des Sehvermögens mit Rettung eines reizlosen Auges, in einem Phthisis; in einem Falle musste nachträglich die Enucleation wegen drohender sympathischer Ophthalmie des andern Auges vorgenommen werden. In 5 Fällen gelang es nicht, einen Fremdkörper zu extrahiren. An Hand der besprochenen 12 Fälle und unter Berücksichtigung sonstiger Literatur über Magnetextractionen werden bestimmte Sätze über Diagnose, Operation und Verlauf formulirt, deren Discussion allerdings mehr den Specialisten als den practischen Arzt interessirt, die aber in ihrem kurzen Endergebniss auch von diesem gekannt sein müssen. Sie lauten:

1) „Die Operation ist in allen Fällen, bei welchen ein Eisensplitter im Innern des Auges diagnosticirt ist oder auch nur wahrscheinlich erscheint, indicirt.

2) „Das Gelingen derselben hängt von der frühzeitigen Ausführung und der Consistenz des den Fremdkörper umgebenden Gewebes ab.

3) „Grosse oder infectiöse Fremdkörper geben sowohl für Erhaltung des Sehvermögens als auch für Erhaltung des Bulbus eine schlechte Prognose."

Aarau. *A. Zürcher.*

Cantonale Correspondenzen.

St. Gallen. † **Dr. Johannes Jung** starb den 4. Mai, 88 Jahre alt. „Vor einem grauen Haupte sollst du aufstehen und das Alter ehren", zumal einen Arzt, weil dessen Beruf sehr selten eine solche Lebensdauer gewährt, und ganz besonders einen Mann, der aus einem Gusse war und mit dem Charakter einer widerspruchslosen Weltanschauung dastand. Unsere Zeit des encyclopädischen Wissens und der Zusammenwürfelung verschiedenartigster Menschen, Gedanken und Interessen, ist der Entwicklung harmonischer Gestalten ungünstig und deshalb werden sie uns doppelt ehrwürdig, wo wir sie treffen. Der Verstorbene entstammte einer bäuerlichen Fürstenländer Familie, von deren 18 Kindern ihrer 8 ein sehr hohes Alter erreichten; seine Grossmutter war die Schwester des Fürstabtes Beda; der kirchlich strenge, im Leben milde, vor Allem aber wohlwollende Geist des vornehmen Ahnherren hat sich in der Familie fortgeerbt und ist in dem stillen Landarzte zu seiner würdigen Erscheinung gekommen. Er wurde geboren zu Niederhelfenschwyl den 7. November 1800, lernte Latein bei seinem Ortspfarrer, besuchte dann das Gymnasium zu Einsiedeln, das Lyceum zu Luzern, studirte Physik in Freiburg und machte seine medicinischen Studien zu Würzburg, wo *Cajetan Textor* und *D'outrepont* an der Spitze der damaligen Chirurgie und Geburtshülfe standen, und *Schönlein*'s Stern eben aufging. Das Bild dieses genialen Klinikers ist wohl in keinem Begabten seiner Schüler abgeblasst, zumal nicht im Geiste von *Jung*, der seinem Namen Ehre machte, strebsam blieb und sehr lange nicht alt wurde. Er war dazu angelegt, die positive Seite des ärztlichen Wissens und Könnens in sich aufzunehmen und dieses in äusserst gewissenhafter Weise zu verwerthen; gegenüber dem Neuen blieb er grundsätzlich zuwartend, um schliesslich ein warmer Anhänger dessen zu sein, was sich bewährt hatte.

Nachdem er 1825 sein Staatsexamen mit Glanz bestanden, und in seiner Heimathgemeinde die Praxis begonnen, liess er sich 1827 im Städtchen Wyl nieder, dessen geistige Physiognomie er durch zwei Generationen wesentlich bilden half, hoch geehrt als Bürger wie als Arzt und als Menschenfreund. Er hat gerne Dialectik getrieben und eine fast leidenschaftliche Liebhaberei für Ordnung gehabt; das kam zur besten Geltung in seiner 47jährigen Wirksamkeit als Bezirksarzt und in der Stellung als Bezirksgerichtspräsident, die er durch 35 Jahre bekleidete. Als *Casper*'s Handbuch der gerichtlichen Medicin erschien, vertiefte sich der alte Herr darein mit dem Eifer eines Jünglings, und

seine Visa et Reperta durften sich von jeher sehen lassen. Im Jahre 1871 legte er beide Stellen nieder, er hatte sich noch gar nicht überlebt und sein Rücktritt wurde sehr bedauert. Ein unheilbares Augenleiden bereitete der gewohnten fleissigen Lecture wie auch der Praxis ein Ende; diese war ohnedies zum grösseren Theile an Herrn Sanitätsrath Dr. *Jung* übergegangen, auf welchen er nicht nur stolz sein durfte als auf seinen Sohn, sondern auch als auf seinen Freund, der nie mehr von seiner Seite wich. Der Lebensabend verfloss im glücklichen, kleinen Familienkreise. Die würdige Gattin starb vor wenigen Jahren, und der erblindete Greis erwartete mit Seelenruhe sein Ende, geistig frisch und theilnehmend für alles menschliche Schicksal. Sein Tod war ein sanftes Erlöschen, das glückliche Ende eines würdigen Lebens.

Den 10. Mai 1888. *Sonderegger.*

Waadt. Drei Fälle von Stottern durch Hypnotismus behandelt. Fall I. J. C., Knabe von 14 Jahren, gross und kräftig. Keine scrophulösen Zeichen, Drüsen etc. Keine Anomalie der Mund- und Rachenhöhle. Herzaction und Respiration regelmässig, erstere jedoch leicht erregbar. Leichtes Erröthen und unstäter Blick, wenn man ihn anspricht. Er hat meist sehr Mühe, das erste Wort auszusprechen, muss verschiedene Male ansetzen und kommt dabei in Aufregung; bringt er aber das erste Wort heraus, so kann er manchmal den ganzen Satz ohne weiteres Anstossen aussprechen; andremale kommt wieder plötzlich ein Hinderniss.

Da die Eltern des Patienten verstorben sind, so konnte ich nur von seinen Pflegeeltern Folgendes über sein Leiden vernehmen: Man bemerkte erst mit dem 4. Jahre, dass er Mühe hatte, wenn er anfing zu sprechen; es sei das in Folge eines Schreckens gekommen, indem der Knabe in einen Bach fiel. So lange sich die Pflegeeltern erinnern, ist das Stottern auf gleicher Höhe geblieben. Besonders stark soll es sich zeigen, wenn Patient mit fremden Leuten spricht; er will keine Commissionen machen, er genire sich. Er sei reizbar, selbst jähzornig und wolle sich nichts befehlen lassen. Vor zwei Jahren machte er die Masern durch, sonst war er nie krank.

19. November 1887. Erste Hypnose, kommt erst nach ca. 40 Minuten zu Stande durch Occlusion der Lider. Ich hätte wohl eher auf diese Weise dazu gelangen können, allein ich suchte dieselbe durch Fixation und Schlafsuggestionen zu erlangen, es kam aber zu nichts Weiterm als Thränenfliessen. Es ist einer von den Fällen, von denen *Bernheim* [1]) sagt: „car il y en est qui maintiennent les yeux indéfiniment escarquillés et qui, au lieu de concevoir ainsi l'idée du sommeil n'ont que celle de fixer avec rigidité: l'occlusion des yeux réussit alors mieux." Der Knabe verfiel dann aber auch sofort in einen tiefen Schlaf mit vollständiger Amnesie beim Erwachen.

Die Suggestionen wären ungefähr: er genire sich nicht, zu sprechen, selbst nicht vor fremden Leuten, er spreche vollständig geläufig, das erste Wort so gut wie die übrigen und er rege sich nicht auf, wenn er sprechen wolle. Er sei überhaupt viel ruhiger, nicht gereizt und erzürne sich nicht, wenn man ihm eine Bemerkung mache.

21. November. Zweite Hypnotisation. Die Hypnosen gelingen von da an leicht durch einfache Occlusion der Lider, der Schlaf ist und bleibt stets ein tiefer mit vollständiger oder theilweiser Amnesie beim Erwachen. Er ist nur mit lauten Wecksuggestionen zu erwecken.

25. November. 3. Hypnotisation. Schon bei der letzten Hypnose sowie auch diesmal bemerkte ich, dass Patient von Zeit zu Zeit die ruhige Respiration durch einen tiefen Athemzug unterbrach. Der Hypnotisirte, auf Befragen, warum er das thue, antwortet, dass es ihn im Hals manchmal zusammenschnüre. Auf die Suggestion, dass das nicht mehr sei und er ganz regelmässig und frei athmen könne, wird die Respiration ruhig. Diese Unregelmässigkeit im Athmen, welche im wachen Zustande nicht existirt, kam auch bei den folgenden Hypnosen stets mehr oder weniger wieder, verlor sich aber doch während den letzten Hypnosen fast vollständig.

28. November. Zwei aufeinander folgende Hypnotisationen. Patient ist fähig für posthypnotische Handlungen.

Bis heute blieb sich die Suggestion ungefähr dieselbe, der Einfluss derselben war kein befriedigender. Wenn auch Patient stets während der Hypnose sowie nach der-

[1]) De la Suggestion etc. 2. Auflage 1888. S. 3.

selben weniger Anstände im Reden hat, so ist doch stets das Stottern bei seiner Ankunft ungefähr dasselbe geblieben.

29. November. Ich lasse den Patienten ungefähr $^1/_2$ Stunde in seinem Schlafe und mache dann neben den vorigen Suggestionen noch die „Suggestion à échéance“, dass er vom Neujahrstage an ganz gut, ohne anzustossen, sprechen könne und dass er von diesem Tage an geheilt sei. Diese Suggestion wird in allen folgenden Hypnosen wiederholt.

Die weitern Hypnotisationen fanden am 1., 4., 11., 22. und 31. December statt; die Suggestionen blieben ungefähr dieselben, die „Suggestion à échéance“ wurde stets mit Nachdruck wiederholt. Ich liess zugleich durch die Pflegeeltern den Knaben suggestiv in der Weise beeinflussen, dass ich ihnen anempfahl, demselben von Zeit zu Zeit unverhofft (als ob sie es gerade wahrnehmen würden) zu sagen, dass er schon viel besser spreche und dass er sich jedenfalls, wenn er fernerhin solche Fortschritte mache, vollständig heilen werde etc. Ich empfahl ihnen, den Knaben möglichst sanft zu behandeln und ihn die Schule bis zum Neujahr nicht besuchen zu lassen.

Januar 1888. Die „Suggestion à échéance“ hatte nicht mehr Erfolg als die übrigen Suggestionen, das Resultat ist sich gleich geblieben; als solches ist zu verzeichnen: eine beruhigende Beeinflussung im Allgemeinen, indem Pat. weniger aufgeregt resp. weniger aufbrausend ist; er lässt sich eher Bemerkungen machen, ohne sich dabei zu erzürnen. Er sagt ferner, dass er im Halse und in der Brust weniger genirt, weniger zusammengeschnürt sei, wenn er sprechen wolle. Das Stottern ist nur in dem Sinne verändert, dass Pat. etwas weniger oft anzusetzen scheint im Anfange seiner Rede. Es ist möglich, dass bei längerer Behandlung doch noch ein Resultat erzielt worden wäre, denn fast jedesmal nach der Hypnose hatte Pat. weniger Anstände, der Effect verlor sich aber stets bis zum nächsten Male. Die Entfernung seines Wohnortes von $1^1/_2$ Stunden, welche Pat. stets zu Fuss machte, gestattete jedoch während des Winters keine regelmässige und länger ausgedehnte Behandlung.

Fall II. W. G. Mädchen von 14 Jahren. Der Vater der Pat. ist kräftig, gesund, intelligent, etwas lebhaft; eine Schwester des Vaters ist nervös und soll beim Sprechen manchmal anstehen, sie wolle zu schnell sprechen. Die Mutter habe ich schon wiederholt an Anæmie behandelt; sie ist nervös, leicht aufgeregt; während der Schwangerschaft für unsere Pat. soll sie aber ganz gesund gewesen sein, die Geburt war normal. Zwei kleinere Geschwister sind gesund.

W. G. soll seit dem 3. Lebensjahre stottern. Die Ursache des Ausbruches der Krankheit soll ein Schrecken gewesen sein: unerwartete Begegnung mit einer alten idioten taubstummen Frau. Das Kind soll dermaassen erschrocken sein, dass die Eltern für dasselbe befürchteten; es sei ganz blass geworden und man hätte ihm kaltes Wasser anspritzen müssen, um es wieder zu sich zu bringen. Von da an erschrak Patientin häufiger als andere Kinder und stotterte, wenn sie erschrak, stets mehr als gewöhnlich, wolle sie sich dann aber forciren zu sprechen, so gelinge es ihr nicht, sie werde aufgeregt und verdrehe die Augen. Mit Verwandten spreche sie besser als in Gegenwart von fremden Leuten, vor welchen sie sich eben genire, besonders bemerkbar sei das im Religionsunterricht, wo sie fast gar nichts sagen könne. Andere Male stottere sie, weil sie zu schnell sprechen wolle. Wenn sie sich erzürne, was leicht geschehe, so zittere sie mit den Armen und bei ganz geringfügigen Anlässen erschrecke sie und ändere die Farbe, werde ganz roth. Ihr Schlaf sei sehr aufgeregt, sie träume viel. Der Appetit sei gut.

1. Dezember 1887. W. G. ist ihrem Alter entsprechend entwickelt. Die Pupillen sind weit, das Gesicht stark geröthet. Keine Drüsen. Pat. wird aufgeregt und fürchtet sich, sich einschläfern zu lassen; sie stottert, wechselt dabei die Farbe, wird blass, dann wieder roth; sie will entfliehen und bringt die Worte heraus, „sie wolle nicht, sie wolle fort“. Obwohl ich mir vorher alle Mühe gegeben hatte, sie beruhigend auf die Hypnose vorzubereiten, ihr die sehr wahrscheinliche Heilung versprechend, so dass sie ganz beruhigt und zufrieden zu sein schien und sich äusserte, wie sie froh wäre, wenn sie geheilt würde, so fand ich es doch für gerathen, von der Hypnotisation für heute abzustehen, um so mehr, als sie sich schon weigerte, zur Untersuchung der Mund- und Rachenhöhle den Mund zu öffnen: Da sie diesmal nur in Begleitung einer zwar ältern Freundin ge-

kommen war, so rieth ich ihr, sich das nächste Mal von ihrem Vater oder ihrer Mutter begleiten zu lassen.

5. December. Pat. kommt mit ihrem Vater. Sie lässt sich jetzt, zwar immer noch widerstrebend, die Mundhöhle untersuchen; diese ergibt weder Anomalie der Zunge, noch des Zäpfchens oder der Mandeln etc. Herzaction beschleunigt, Herztöne etwas schwach. Die Untersuchung der Lungen ergibt nichts Abnormales. Pat. ist während der ganzen Untersuchung aufgeregt und widerstrebend.

Die Hypnose gelang nach 3 Minuten. Ich entfernte mich mit dem Vater, die Pat. ca. $1/4$ Stunde allein lassend; als wir wieder kamen, schlief sie ganz ruhig. Ich machte nun folgende indirecte Suggestionen, zum Vater sprechend: sie schlafe ganz gut und ruhig, der Schlaf werde ihre Nerven vollständig beruhigen, sie werde nach demselben nicht mehr aufgeregt sein; ihr Schlaf werde fortan ein ruhiger sein und nicht mehr durch Träume gestört werden; sie rede schon viel besser, rege sich dabei nicht auf, und sie stottere gar nicht mehr, selbst wenn sie mit fremden Leuten spreche. Nach diesen Suggestionen prüfte ich einen Arm auf suggestive Catalepsie, die Pat. zog aber denselben leicht zurück und erwachte, als ich von Neuem das Experiment versuchte; der Schlaf war somit kein tiefer gewesen, entsprechend dem ersten Grade nach *Liébault*, resp. dem zweiten nach *Bernheim*.

Dem Vater hatte ich, während wir die Pat. allein gelassen hatten, anempfohlen, sämmtliche Hausangehörige darauf vorzubereiten, dass man ihr nie sage oder irgendwie zu verstehen gebe, dass sie noch stottere; im Gegentheil, man solle ihr stets Muth machen, sie freundlich behandeln und ihr jede Aufregung zu ersparen suchen.

7. December. Die Mutter kommt mit der Pat.; diese letztere befragt, wie es ihr gehe, sagt „schon etwas besser“. Die Mutter bestätigte es und erzählte mir, dass die Pat. ganz freudig aus der Schule gekommen sei mit der Nachricht, die Kinder hätten ihr gesagt, dass sie schon viel besser rede.

Die Kranke spricht in der That schon bedeutend besser, genirt sich keineswegs und regt sich dabei nicht auf. Sie will sich nun gerne hypnotisiren lassen, widerstrebt aber im Anfange dennoch etwas, gibt sich auf Zurede sofort zufrieden und die Hypnose gelingt leicht und schnell. Suggestionen indirect zur Mutter gewendet: sie genire sich absolut nicht mehr zu sprechen, sie stottere nicht mehr, könne gar nicht mehr stottern, es sei ihr das ganz unmöglich; sie rede ganz fliessend, wie sie wolle, aber nicht zu schnell; sie sei nicht mehr aufgeregt, erzürne sich nicht mehr und bekomme nicht mehr gleich ein rothes Gesicht; in der Schule und beim Religionsunterricht könne sie recitiren wie die andern Kinder.

Während der Hypnose theilt mir die Mutter mit, dass Pat. die 2 letzten Tage viel weniger aufgeregt war und dass sie ganz vortrefflich geschlafen habe ohne zu träumen.

12. December. Dritte Hypnotisation, die Suggestionen bleiben sich gleich. Die Mutter sagt, dass Pat. gar nicht mehr stottere, ruhig schlafe und nicht mehr so nervös sei; sie wolle sie aber zu Hause behalten bis Neujahr, weil die Kinder in der Schule sie stets befragen, wie sie eingeschläfert werde und dass Pat. das nicht gerne habe.

Pat. sollte noch 2 Mal vor Neujahr kommen, sie kam aber nicht mehr und habe ich seither erfahren, dass die Heilung eine vollständige sei und man absolut gar nichts mehr Abnormes an der Aussprache wahrnehme.

(Schluss folgt.)

Zug. † **Dr. med. August Keiser**, Oberstlieutenant, Cantonsarzt, starb in Zug den 24. März a. c. Er war der Sohn des Herrn Ständerath Dr. *K. Keiser-Muos*. Seine Gymnasialstudien machte er in Zug, Einsiedeln, St. Gallen und Luzern. Auf den Universitäten Zürich, München, Würzburg und Wien studirte er Medicin und bestand im Jahre 1855 in Zug die staatliche Prüfung als practischer Arzt.

Zwei Jahre später trat Dr. *Keiser* als Médecin-Aide-Major in das I. Fremdenregiment der päpstlichen Truppen. Nach einem in der „Allgemeinen schweiz. Militärzeitung“ erschienenen, dem Verstorbenen von befreundeter Seite gewidmeten Nachrufe marschirte er mit diesem Regimente im Sommer 1859, als der Aufstand in Perugia ausbrach, nach dieser Stadt und wohnte der Erstürmung des Frontone bei. Im Verein mit dem Médecin-Major Dr. *Ernst Siegwart* leistete er den in dem Gefecht Verwundeten mit sehr ungenügendem Material und ungenügenden Instrumenten die erste Sanitätshülfe. Am 18. September

1860 machte er beim gleichen Regimente die Schlacht bei Castel-Fidardo mit. Dr. *Keiser* fand auf dem Gefechtsfelde und nachher in der Kirche zu Loretto, welche in ein Spital umgewandelt worden war, reichlich Gelegenheit, nicht nur die Verwundeten der eigenen Truppe, sondern auch die der Carabiniers étrangers zu besorgen, da letzteres Bataillon bedeutende Verluste erlitten hatte, aber keinen Arzt besass.

Nach der Capitulation von Loretto kehrte er als pensionirter Officier nach Zug zurück, um sich zuerst gemeinsam mit seinem Vater, später aber unabhängig von diesem der Ausübung des ärztlichen Berufes zu widmen.

Vom Jahre 1866 bis zu seinem Tode war *Keiser* Mitglied des Sanitätsrathes. Im Jahre 1875 wurde er zum Gerichtsarzte und im Jahre 1879 zum Cantonsarzte gewählt.

Im Militärdienst leistete er der Eidgenossenschaft bis zum Jahre 1874 als Hauptmann und Major und von dieser Zeit an als Oberstlieutenant seine Dienste. In letzterer Eigenschaft leitete er als Divisionsarzt der VIII. Division mehrere Jahre die sanitarischen Untersuchungen bei den Rekrutirungen im VIII. Kreise. Die gründliche Kenntniss des Französischen und Italienischen kamen ihm dabei gut zu Statten.

Dr. *Keiser* war bestrebt, sich immer auf der Höhe der medicinischen Wissenschaft zu halten. Er erfreute sich in Zug und Umgebung einer ausgedehnten Praxis. In seinen Mussestunden beschäftigte er sich mit Vorliebe mit dem Studium der Geschichte und der Kunst. Als Mitglied des historischen Vereins der V Orte hätte er als Festpräsident dies Jahr die Versammlung in Zug zu leiten gehabt.

Dr. *Keiser* litt schon seit einigen Jahren an grosser Fettleibigkeit. Bronchial- und Kehlkopf-Catarrhe machten ihm einige Winter viel Beschwerden. Seit letztem November begannen die Kräfte allmälig zu schwinden. Es entwickelte sich ein Lebercarcinom mit consecutivem Ascites. Mit starkem Muthe, ohne Klage, ertrug er das schwere Leiden, dem er am 24. März erlag. Er starb unverheirathet im Alter von 54 Jahren. Ruhe seiner Asche! *A.*

Wochenbericht.

Schweiz.

71. Jahresversammlung der schweiz. naturforschenden Gesellschaft. Dieselbe findet den 6., 7. und 8. August 1888 in Solothurn statt. Die Gäste werden schon Sonntag Abends im Bahnhof Neu-Solothurn erwartet, um dort Programme und Festkarten in Empfang zu nehmen.

Präsident des Jahresvorstandes ist Dr. *Fr. Lang*, Actuar *A. Strüby*.

Fest-Programm.

Sonntag, den 5. August. Nachmittags 5 Uhr: Sitzung der vorberathenden Commission im Gemeinderaths-Saale des Stadthauses. Abends 8 Uhr: Gesellige Zusammenkunft im Restaurant „Schützenmatt".

Montag, den 6. August. Vormittags 8½ Uhr: Erste Hauptversammlung im Cantonsraths-Saale. Nachmittags 1 Uhr: Festessen. Nachmittags 4 Uhr: Spaziergang durch die Einsiedelei und die Steinbrüche. Abends 8 Uhr: Abendunterhaltung in der Reitschule.

Dienstag, den 7. August. Vormittags 8 Uhr: Sectionssitzungen in der Cantonsschule. Nachmittags 1½ Uhr: Bankett. Nachmittags 4 Uhr: Fahrt mit der Emmenthalbahn nach Gerlafingen. Besichtigung der Eisenwerke. Waldfest auf dem Altisberg. Abends 8 Uhr: Rückfahrt mit Extrazug.

Mittwoch, den 8. August. Vormittags 8 Uhr: Zweite Hauptversammlung im Cantonsraths-Saale. Vormittags 10 Uhr: Abreise auf den Weissenstein. Mittagessen daselbst um 2 Uhr. Bei regnerischer Witterung Mittagessen um 12 Uhr im Gasthof zur Krone. Officieller Schluss des Festes.

Gleichzeitig wird die Medicinische Gesellschaft des Cantons Solothurn am Festorte tagen. — Wer in den allgemeinen oder Sectionssitzungen Vorträge zu halten gedenkt, hat dem Vorstande (Adr.: Jahresvorstand der schweiz. naturf. Ges. in Solothurn) baldmöglichst davon Mittheilung zu machen.

Mögen recht viele Collegen Zeit und Lust finden, das Jahresfest unserer um die Wissenschaft hochverdienten, vaterländischen Gesellschaft mitzufeiern! — Das Programm der medicinischen Section wird wo möglich bei Zeiten an dieser Stelle bekannt gemacht.

Ausland.

— **Ueber die Behandlung des runden Magengeschwürs** verbreitet sich *Gerhardt* in Berlin ausführlicher in einem Vortrage, welcher in Nr. 18 der Deutschen med. Wochenschrift reproducirt ist und dessen 2. Theil wir die für den Practiker vor Allem wichtigen Notizen über die Behandlung entnehmen.

Eine Hauptrolle in der diätetischen Behandlung spielt die Milch. Sie ist ohne Zweifel ein Heilmittel für das einfache chronische Geschwür. Bei frischen Formen mag reine Milchdiät von einigen Wochen genügen, um das Geschwür zur Heilung zu bringen, bei älteren wird man kaum hoffen dürfen, ganz ausschliessliche Milchdiät so lange ertragen zu sehen, wie zur Heilung nöthig wäre. Hier wird wenigstens reichlicher Milchgenuss förderlich sein.

Die Peptone sind nicht sehr zu rühmen. Der Magen wird zur Secretion gereizt; ihr ekelhaft bitterer Geschmack verdirbt den Appetit. Sie scheinen von der Natur nicht für den Genuss durch den Mund gemacht zu sein. Dagegen können sie in schwierigen Lagen, wie Blutung, Durchbruch eines Geschwürs, als Klysma sehr werthvoll sein, um die Kräfte zu erhalten.

Von den meisten Aerzten wird Milch- und Fleischdiät verordnet, in möglichst flüssiger oder Breiform. Man geht dabei zunächst von der Leichtverdaulichkeit aus; flüssige Form wird das Geschwür weniger in der Heilung behindern, und weniger schmerzhaft berühren, auch weniger energisch die Magensaftabsonderung anregen. Schon durch die Milchnahrung, auch durch jede zweckmässige Ernährungsweise muss eine gewisse Menge von Kohlehydraten neben der Fleischnahrung zugeführt werden. Die Erkenntniss andauernder Hyperacidität des Magensaftes beim Magengeschwür rechtfertigt die Annahme vorwiegender Fleischdiät für diese Kranken. Indess müssen doch die Verhältnisse des Einzelfalles sehr berücksichtigt werden.

Für die meisten Fälle bewährt sich vorwiegende Ernährung mit den leichtest verdaulichen Fleisch-, Milch- und Eierspeisen mit geringem Zusatze von Kohlehydraten in leicht verdaulicher Form.

Die arzneiliche Behandlung des Magengeschwüres geniesst nicht viel Vertrauen und erweist sich in manchem Sinne schwierig. In der That macht man mit Arzneimitteln bei Magengeschwüren nicht selten überraschend unangenehme Erfahrungen. Immer wird die Aetiologie für die Therapie der Leitstern sein müssen, damit zusammenhängend die Beschaffenheit des Mageninhaltes. Die Indicationen des Einzelfalles sind oft schwerer zu finden, und wir sagen dann, die Wirkung der Mittel falle ungleich aus. Jedenfalls bildet zweckmässige und strenge diätetische Behandlung die Grundlage für den Erfolg irgend einer medicamentösen Therapie.

Das Morphin ist für das Magengeschwür kein Heilmittel; es hindert eher die Heilung, indem es Diätfehler erleichtert. Ueberhaupt sollen narcotische Mittel nur ausnahmsweise — bei dringendem Bedarf — aber nicht zur eigentlich dauernden Behandlung Anwendung finden.

Vor Salzsäure (auch Schwefel- und Phosphorsäure) muss gewarnt werden, indem das Magengeschwür ohnehin schon in salzsäurereichem Mageninhalte gebadet ist. Einzig bei Anæmischen lässt sich bisweilen Salzsäuremangel nachweisen, und hier ist die Indication zum Säuregebrauch gegeben. Da scheint denn auch das salzsäurereiche Eisenchlorid die besten Erfolge zu liefern, indem es zwei Indicationen zugleich entspricht.

Die Untersuchungen des Mageninhalts haben gelehrt, dass weit häufiger Antacida indicirt sind. Die Alcalien selbst eignen sich wenig zur Neutralisirung des Mageninhalts, da sie sofort wieder stärkere Säurebildung zur Folge haben. Nur unter besondern Umständen können sie von Vortheil sein. Soda mit Wismuth ist z. B. viel in Gebrauch, wobei die adstringirende und desinficirende Wirkung des Wismuths mit in Betracht kommen. —

Vortheilhafter erweisen sich Abspülungen mit schwach alcalischen Salzlösungen. Dahin sind hauptsächlich Karlsbad, Ems, Tarasp als Typen zu rechnen. —

Der Höllenstein zählt zu den säuretilgenden Mitteln; früher wurde er viel angewandt. *G.* gibt ihn hauptsächlich da, wo auch im nüchternen Zustande starke Magenschmerzen bestehen. Er lässt nüchtern 1—3 Mal täglich ein bis einige Centigramm Arg. nitr. in Lösung nehmen und dann die Körperstellung einhalten, die voraussichtlich das Mittel in Berührung mit dem Geschwüre bringt.

Schliesslich wird noch als eines wesentlichen Fortschrittes in der Therapie dieser Krankheiten der Magenausspülung gedacht. Sie ist für alte Magengeschwüre unbedenklich und sicher das werthvollste Mittel. Sie hat sogar eine gewisse diagnostische Bedeutung, von Carcinomen wird sie fast immer schlecht vertragen. Stets wird um so mehr Erfolg zu erwarten sein, je mehr Magenerweiterung dabei mitspielt. Sie befreit den Magen von zersetzten Speiseresten, von Säureüberschuss und entlastet ihn sowohl in mechanischem wie chemischem Sinne. Sie wirkt schmerzstillend, ähnlich und noch weit mehr als das Erbrechen auf der Höhe des Schmerzanfalles, sie wirkt appetitsteigernd, sie regelt die Stuhlentleerung, bessert die Ernährung und wirkt thatsächlich heilend auf die Geschwürsfläche. Bisweilen entstehen während der Ausspülung Blasenbeschwerden durch Verminderung der Alcalescenz des Harnes, dreimal sah *Gerhardt* leichte Blutungen nach der Ausspülung. Sonst kommen bei vorsichtiger Ausführung keinerlei Nachtheile vor, gerade diese Kranken gewöhnen sich leicht daran und machen sich später gern selbst bei Bedarf Ausspülungen.

Die Basis jeder erfolgreichen Behandlung ist zweckmässige Diät, ohne solche ist alles Andere, auch die Ausspülung von geringem Werthe.

— **Ueber die Behandlung der Scoliose.** Dieses wichtige Thema wird von Dr. *Staffel* aus Wiesbaden (in einem Vortrage an der Naturforscher-Versammlung) in einer klaren und durchsichtigen Weise, ohne alle hypothetischen und theoretisirenden Prämissen, abgehandelt, dass auch der Arzt, der nicht Specialist in Orthopädie ist, darin mannigfache Belehrung findet. Wir unterbreiten hiemit den Collegen ein ausführliches Referat nach der „Deutschen med. Wochenschrift“ Nr. 17.

„Jede Verkrümmung besteht in Stellungsveränderung oder Formveränderung — oder (meistens) in Stellungs- und Formveränderung von Skeletttheilen. Zur Beseitigung der ersten sowohl als der zweiten Anomalie haben wir kein anderes Mittel als die corrigirende Stellungsänderung.

Für die Scoliose gibt es also keine andere wirksame Behandlungsmethode, als diejenige, welche das mechanische Moment der corrigirenden Stellungsänderung der Wirbelsäule und ihrer Adnexe verwerthet.

Es frägt sich also bei der Behandlung, wie diese Correction möglichst gut erreicht — und wie dauernd gemacht wird.

Erfahrungsgemäss gelingt uns das Redressement vorgeschrittener Scoliosen am besten durch: Retroflexion, Extension (Distraction) und Rippenhebelung.

Die Retroflexion ist das mächtigste Correctionsmittel für diejenigen Scoliosen, welche mit Anteflexionsstellung der Wirbelsäule, mit „schlechter Haltung“ verbunden sind. Lässt man solche Individuen sich ordentlich aufrichten, also eine Retroflexion der Wirbelsäule ausführen, so ist von der Scoliose fast nichts mehr zu sehen. Es sind dies diejenigen Fälle, die von schwedischen Gymnasten und andern orthopädischen Heilkünstlern „als in kurzer Zeit geheilt“ paradiren; diejenigen Fälle, bei denen Heilung durch Turncurse, Landaufenthalt, Massage etc. erzielt wurde. Auch die sog. „Geradhalter“ der verschiedensten Formen erzielen da gute Erfolge, indem eben durch die einfache, die Schulter zurücknehmende Bandage der verschlimmernden Anteflexion, dem „nach vorn sinken“ durch die erzwungene retroflectirte Stellung entgegen gearbeitet wird. So erklärt sich auch die Wirkung der Rückenlage, der Gebrauch guter, die aufrechte Stellung sichernder Sitzvorrichtungen.

Die Retroflexion ist also da, wo gleichzeitig mit der Scoliose anteflectirte Stellung der Wirbelsäule besteht, das wirksamste Correctionsmittel — um so mehr, als sich keine andere Stellung auch nur entfernt so dauernd machen, fixiren lässt.

Daher geben alle Scoliosen, welche nicht den „runden“, sondern den „hohlen“ Rücken zur Basis haben, wo also nicht gleichzeitig anteflectirte, sondern retroflectirte Haltung besteht, von vorn herein eine weit ungünstigere Prognose. Bei diesen tritt die

Extension (Distraction) als Correctionsmittel in ihre Rechte. Wenn sie im

Ganzen nicht das leistet, was man von ihr erwarten könnte, so liegt das daran, dass es ausserordentlich schwer hält, die Wirbelsäule andauernd in Extension zu fixiren; es handelt sich eben um vollständige Aufhebung der Belastung der Wirbelsäule, wozu die Muskelkräfte insufficient sind, und mechanische Hülfsmittel nur unvollständig wirken.

Voll und ganz kommt die Extension zur Wirkung, wenn man den Scoliotischen in die *Glisson*'sche Schwebe bringt — (verticale Suspension am Kopfe). Die Wirkung ist oft frappant und durch kein anderes Mittel zu ersetzen. — Leider ist diese corrigirte Stellung sehr schwer zu fixiren.

Längere Zeit — stundenweise — wird die halbliegende Suspensionsstellung auf einer schiefen Ebene ertragen; — sie ist daher, wenn auch nicht so mächtig wie erstere, doch ein ausgezeichnetes Hülfsmittel bei der Behandlung schwieriger Scoliosen.

In dritter Linie steht die Suspension an den Händen, wie sie beim Hang an einer Reckstange, an einer Leiter u. dgl. eintritt. Hang- und Schwingübungen sind stets mit grossem Nutzen bei der Behandlung der Scoliose anwendbar, weil die Patienten sich längere Zeit mit solchen Uebungen beschäftigen können, und diese zugleich muskelkräftigend wirken.

Was nun die Rippenhebelung, d. i. die Benutzung der Rippen als Hebel zur Stellungsänderung der Wirbelkörper betrifft, so ist sie eine werthvolle Ergänzung der Retroflexion und Extension — für sich allein aber meist unzulänglich. Zur Fixation dieser durch Rippenhebelung erzielten Stellungsänderung der Wirbelsäule reichen die Muskeln nicht aus; Apparate aber erfüllen selten ihren Zweck correct und wirksam.

Hier divergiren die Ansichten der Orthopäden, indem die einen den Muskeln die Hauptrolle zuweisen und daher in der Therapie vorzüglich diese berücksichtigen. Darauf basirt die schwedische Gymnastik mit ihren Künsteleien und die Massagetherapie. Die letztere — ausgedehnt auf die ganze Rückenmuskulatur — hält Verfasser in den Fällen für werthvoll, wo schwache, bleichsüchtige Geschöpfe zunächst eine active nennenswerthe Leistung nicht zu Stande bringen.

Andere wieder können und wollen mechanische Hülfsmittel, Stützapparate u. dgl. nicht entbehren, um die durch Rippenhebelung erzielte Stellung aufrecht zu erhalten. Da verdienen die in Suspensionsstellung angelegten Verbände volle Beachtung, um so eher, als der Arzt dabei vom Bandagisten unabhängig ist. Freilich muss man bedenken, dass ein Verband, wenn er nicht mit dem schwer anwendbaren „jury mast“ versehen ist, alles, was oberhalb des achten Brustwirbels liegt, in seiner Stellung nicht beeinflussen kann.

Nicht unerwähnt bleiben darf die antistatische Behandlung der Scoliose, d. h. die Einwirkung der Scoliose von unten aus, durch Stellungsänderung des Beckens bei der aufrechten Rumpfstellung.

Dass und warum durch Schiefstellung des Beckens Scoliose entstehen kann und sehr oft entsteht, ist bekannt. Verf. fand in 230 Fällen 76 Mal die mitwirkende statische Ursache (66 Mal Wachsthumshemmung eines Beines, 4 Mal Beckenasymmetrie). Er glaubt, dass in der habituellen Beckensenkung, in der bekannten Stellung „auf einem Bein“ (position hanchée), zu der schwächliche Mädchen um so mehr Veranlassung haben, je mehr bei ihnen gleichzeitig ein genu valgum besteht, eine häufige Ursache der Scoliose liegt.

Staffel beschränkt die antistatische Behandlung darauf, dass er die reale Beckensenkung durch erhöhte Sohle und eventuell Sitzkissen ausgleicht. Doch muss stets die Wirkung dieser Hülfsmittel genau controlirt werden.

Darnach hält *Staffel* folgende Behandlungsweise inne:

„Jeden Vormittag und jeden Nachmittag zunächst eine halbe Stunde gymnastische Uebungen einschliesslich der verticalen Suspension, wo sie nöthig erscheint; die Uebungen bezwecken möglichst energische Stellungsänderungen im corrigirenden Sinne (thunlichst übercorrigirend) und Muskelkräftigung. Bei den leichteren Scoliosen mit Anteflexionsstellung der Wirbelsäule treten Retroflexionsübungen, bei den schwierigeren Scoliosen mit hohlem Rücken die extendirenden Hangübungen in den Vordergrund; vielfach muss die Hand des Arztes oder Gehülfen durch Rippenhebelung nachhelfen. Nach den Uebungen folgt 1- bis 2stündiges Liegen auf der schiefen Ebene mit Kopfextension und eventuell seitlichem Bandagenzuge. Gleich nach dem Aufstehen von der schiefen Ebene wird der Portativapparat angelegt und während der übungs- und liegefreien Zeit getragen.

Je leichter die Scoliosen sind, desto mehr kann man an obigem grossen Programm Abstriche machen. Auch das grosse Programm ist meistens nur für die ersten 1 bis 3 Monate durchzuführen nöthig, später genügt das halbe Programm, so dass die Vormittagsbehandlung wegfällt, um wieder wenigstens den Vormittag für den Schulunterricht frei zu machen. Ungünstig ist der Schulbesuch, wie überhaupt vieles Sitzen, für die Scoliosen in jedem Falle; man kann aber den Nachtheil durch einen guten Portativapparat auf ein geringes Maass zurückführen und ihn durch die sonstige Behandlung mit Gymnastik und Liegen ausgleichen.

Da die wenigsten Scoliotischen sich ganz in eine orthopädische Anstalt begeben können, so richtet der Verfasser die Behandlung so ein, dass sie nach 1 bis 3 Monaten völlig correct zu Hause fortgesetzt werden kann; es sind dann nur Revisionen in Zwischenräumen von 1 bis 3 Monaten wünschenswerth. Was von Gymnastik nöthig ist, lässt sich recht wohl an den in jedem Zimmer aufhängbaren bekannten Schweberingen nach kurzer Anleitung ausführen und sehr oft stellt das einfache, stets gern gemachte Schwingen an den Schweberingen die völlig ausreichende Universalübung dar. Eine schiefe Ebene, die in leichteren Fällen nicht einmal nöthig ist, ist leicht mit dem Zubehör zur Kopfextension zu beschaffen, und der Portativapparat kann meistens ohne fremde Hülfe richtig angelegt werden."

— **Subcutane Chinininjectionen** waren bisher nicht oft angewendet worden, da sie meist erhebliche Schmerzen verursachten, und unangenehme Folgezustände veranlassten. Dr. *Beurmann* ist es gelungen, im Chinin. hydrochloricum neutrum ein Präparat zu finden, das leicht löslich, haltbar und ohne locale unangenehme Nebenwirkung ist.

Dieses neutrale Salz lässt sich in einfacher Weise darstellen, indem man 20 grm. Chin. hydrochlor. basic. in 5 grm. reiner Salzsäure und 15 grm. Aq. destill. bei gelinder Wärme auflöst und die Lösung dann filtrirt. Eine *Pravaz*-Spritze dieser Lösung enthält 0,75 grm. Chin. hydrochl. neutr.

Dr. *Beurmann* erzielte mit diesen Injectionen bei einer Reihe von Typhuskranken genügenden Temperaturabfall bei 2 Einspritzungen täglich, ohne dass die bei der internen Anwendung des Chinins so häufig beobachteten Cerebralerscheinungen, wie Schwindel, Ohrensausen u. dgl. beobachtet wurden. In gleich günstiger Weise zeigte sich die Wirkung bei Rheumatismus, Ischias oder Neuralgien. Dieses Präparat dürfte demnach in manchen Fällen schätzenswerthe Dienste leisten. (W. m. Bl. 15.)

— **Die XIII. Wander-Versammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte** wird am **9.** und **10. Juni** in **Freiburg i. B.** stattfinden. Anmeldungen von Vorträgen sind an die Geschäftsführer, Prof. Dr. *Emminghaus* in Freiburg i. B. und Dr. *Fischer* in Illenau, zu richten. Von schweizerischen Collegen haben bis jetzt die Herren Prof. Dr. *Eichhorst*, *Forel* und *Lichtheim* Vorträge zugesagt.

Stand der Infections-Krankheiten.

		Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperalfieber	Parotitis	Variola	Rubeola
Zürich u. Aussengem.	6. V.-12. V.	2	1	—	5	1	1	2	—	—	—	—
	13. V.-19. V.	4	2	1	11	1	11	5	—	—	—	—
Bern	6. V.-12. V.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	13. V.-19. V.	2	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—
Basel	10. V.-25. V.	34	2	14	2	1	10	8	2	1	—	—

In Basel dauert die allmälige Abnahme des Scharlachs fort; von den angezeigten 34 Fällen betreffen das Nordwestplateau 13, Birsigthal 9, Kleinbasel 7.

Briefkasten.

Dr. *Arnold*, Zug: Besten Dank für die Photographie von † Collega *Keiser* von Zug für das Aerztealbum. — Dr. *Garrè*, Tübingen: Herzlichen Dank für Beiträge zum Wochenbericht.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats.
Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 12. — für die Schweiz, Fr. 14.50 für das Ausland. Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. E. Haffter

in Frauenfeld.

N° 12. XVIII. Jahrg. 1888. 15. Juni.

Original-Arbeiten.

Aus der chirurgischen Klinik in Zürich.

Ein Beitrag zur Casuistik der Trepanation bei Schädelfractur und Ruptur der Art. meningea media.

Von Dr. **Conrad Brunner**, Secundararzt.

Die Pathologie und Therapie der Verletzungen der Art. meningea media ist in der aus der hiesigen Klinik hervorgegangenen Arbeit von *Wiesmann*[1]) nach jeder Richtung hin erschöpfend behandelt worden; es ist ferner dem Chirurgen, der sich die Aufgabe stellt, durch die Trepanation ein diagnosticirtes intracranielles Hämatom wegzuräumen, durch den von meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. *Krönlein*[2]) gemachten operativen Vorschlag die Stelle genau localisirt worden, wo durch eine 2. Trepankrone jene Extravasate sicher gefunden werden müssen, denen vom Orte der Wahl nach *Vogt* aus, nicht beizukommen ist.

Die im Folgenden publicirten Fälle von gewaltiger Zertrümmerung des Schädeldaches und Verletzung der Art. meningea, welche Verf. in Vertretung von Herrn Prof. *Krönlein* zu behandeln Gelegenheit hatte, sind nicht dazu angethan, durch bisher unbekannte wissenschaftliche Thatsachen wiederum das interessante und therapeutisch dankbare Gebiet derartiger Verletzungen zu bereichern; es sollen die-

[1]) Ueber die modernen Indicationen zur Trepanation mit besonderer Berücksichtigung der Blutungen aus der Art. meningea media. Inaug.-Dissert. 1884.

[2]) Ueber die Trepanation bei Blutungen aus der Art. meningea media und geschlossener Schädelkapsel. Deutsche Zeitschrift für Chir. XXIII. Bd.

selben nur dazu beitragen, fernere instructive Beweise zu erbringen für die Richtigkeit der in den genannten Arbeiten niedergelegten Anschauungen.

1. Fall. Offene Splitterfractur des Schädels mit Depression. Zerreissung der Dura mater. Ruptur der Art. meningea media. Blutung nach aussen. Gehirnzertrümmerung. Primäre Splitterextraction. Heilung.

Joseph Merk, 30 Jahre alt, Eisenarbeiter der Maschinenfabrik in Oerlikon, verunglückte am 7. September 1886, indem er von dem Stössel einer Stanzmaschine auf der rechten Kopfseite getroffen wurde. Als Patient bei seiner Arbeit der Maschine sich unvorsichtigerweise zu sehr näherte, gerieth er mit dem Kopf zwischen Stössel und Unterlage, wobei der erstere ihm tief in den Schädel eindrang. Der Mann blieb beim Bewusstsein, hielt sich zuerst an der Maschine und ging dann noch ca. 50 Schritte weit zu einem Angestellten, der ihn provisorisch verband. Der alsbald herbeigerufene Arzt ordnete den sofortigen Transport ins Spital an; unterwegs musste der Verletzte sich dreimal erbrechen, das Bewusstsein verlor er nie.

Status praesens und Operation. Der bei Ankunft des Patienten im Cantonsspital aufgenommene Befund ergibt: Grosser, kräftig gebauter und gut genährter Mann. Das Sensorium vollkommen frei, so dass der Schwerverwundete jede gewünschte Auskunft zu geben im Stande ist. Temperatur 37,5, Puls 84, kräftig, voll und regelmässig. Die Respiration ohne jede Störung. An Lungen und Herz normaler Befund. Die subjectiven Klagen beziehen sich nur auf Schmerz in der Gegend der Wunde. Von Lähmungen oder Sensibilitätsstörungen ist weder im Gebiete der Kopfnerven noch an den Extremitäten etwas zu entdecken. Die Pupillen sind beiderseits von mittlerer Weite und reagiren prompt.

In der Gegend des rechten Scheitelbeines, 6 cm. über dem Jochbogen, ca. 8 cm. hinter der Coronarnaht ist eine unregelmässig gezackte Lappenwunde zu sehen, aus welcher in reicher Menge arterielles Blut hervorquillt. Nachdem der ganze Kopf rasirt und die gründlichste Desinfection der Haut mit Aether, Seife und Sublimatlösung 1‰ vorgenommen worden, wird die Wunde in der Richtung nach vorn um 4 cm. verlängert und durch Doppelhaken zum Klaffen gebracht; alsbald quillt Gehirnsubstanz in grösseren und kleineren Bröckeln hervor und der tastende Finger gelangt durch eine Knochenlücke tief in die rechte Hemisphäre hinein. Die Kanten der Lücke im Schädeldach, namentlich der untere Rand, sind tief eingedrückt und der ganze Defect misst gut 12 □cm. an der äussern, 16 □cm. an der innern Tafel. Die Dura mater ist zerfetzt und zeigt ein 2Fr.-Stück grosses Loch. In der zerquetschten Gehirnmasse drin sind zahlreiche Knochensplitter verschiedenster Grösse zu sehen und zu fühlen und es gelingt vermittelst Elevatorien und der gebogenen Sequesterzange 8 Splitter zu extrahiren, von denen der grösste nach vorn weit unter das Stirnbein verschoben ist. Die äussere Tafel dieses Knochenstückes wird von der inneren fast in der ganzen Circumferenz um gut ½ cm. überragt; an der glatten Innenfläche derselben ist ein sich mehrfach verzweigender, mässig tiefer Arteriencanal eines Astes der meningea media zu sehen. Mit den Knochensplittern sind viele Haarbüschel und vereinzelte Haare mit ins Gehirn hineingepresst worden. — Alle diese in die Tiefe gerissenen Fremdkörper werden möglichst sorgfältig herausgezogen, der eingedrückte Rand der Knochenlücke wird elevirt und ins normale Niveau gebracht. Die tiefe Wundhöhle wird bei zur Seite geneigter Stellung des Kopfes mit Sublimatlösung 1‰ irrigirt, wobei wieder mehrere Gehirnbröckel weggespült werden. Die Blutung während dieser Procedur ist eine erhebliche, doch kann nirgends ein einzelnes spritzendes Arterienlumen gesehen werden. Das Blut stammt zum Theil aus den zerrissenen Gefässen der Pia mater, hauptsächlich aber dringt es aus der Tiefe von der Schläfenbeinschuppe her, wohin sich eine breite Fissur im Knochen nach unten zieht. Diese Blutung kann nur gestillt werden durch Tamponade mit Jodoformgaze. In die Wundhöhle wird ein Drainrohr eingelegt, die Haut darüber vernäht und ein Sublimatholzwolleverband applicirt.

Nach Beendigung der Operation zeigt sich keinerlei Aenderung des Allgemeinbefindens.

Verlauf. Sept. 8. Patient fühlt sich wohl. Abendtemperatur 38,1°. Puls 104,

regelmässig. Klares Sensorium. Geringe Neigung zu Somnolenz. Im Urin weder Eiweiss noch Zucker.

Sept. 11. Normale Temperatur. Keine Spur von Sensibilitäts- oder Motilitätsstörungen.

Sept. 16. Patient ist stets fieberfrei und erfreut sich des besten Allgemeinbefindens, lässt sich das Essen wohl schmecken.

Sept. 18. Verbandwechsel. Die Wunde, soweit sie genäht, per primam vernarbt. Das Drainrohr wird entfernt und durch ein kurzes von kleinerem Kaliber ersetzt. Die Jodoformgaze wird, soweit sie sich leicht aus der Tiefe vorziehen lässt, entfernt.

Sept. 27. Drain und Jodoformgaze ganz entfernt. Starke Pulsation innerhalb der Grenzen des Defectes.

Oct. 24. Wunde solide vernarbt. Patient steht auf, hat weder Schwindel noch Kopfschmerz.

Nov. 1. Vorübergehend Gefühl von Schwindel und leichter Kopfschmerz.

Nov. 22. Patient wird geheilt entlassen. Derselbe ist psychisch vollkommen normal; die Sprache und sein ganzes Wesen nach Aussage der Frau ganz so wie früher in gesunden Tagen. Keine Lähmung weder im Bereiche der Kopfnerven noch an den Extremitäten. Das Sehvermögen intact, normale Hörweite an beiden Ohren. Allgemeinbefinden vortrefflich. Kein Schwindel, kein Kopfschmerz. — Schutzverband mit Guttaperchapelotte.

13. April 1888. Nachdem 2 Jahre seit der Verletzung verflossen, sehe ich heute den Patienten wieder. Sein Befinden ist ein ausgezeichnetes; er arbeitet tagtäglich vom Morgen bis Abend. Der Defect im Schädel stellt eine tiefe Grube dar; keine Pulsation! es ist, als ob der Finger in der Tiefe auf eine knöcherne Wand stossen würde.

2 Fall. Offene Splitterfractur des Schädels mit Depression. Zerreissung der Dura mater. Gehirnausfluss. Contralaterale Lähmung. Ruptur des vorderen Astes der Art meningea media. Blutung nach aussen. Ligatur der Arterie. Primäre Splitterextraction. Heilung.

Joh. Meier, 27 Jahre, Knecht in Aussersihl, erhielt in der Nacht vom 1. auf den 2. April 1888 von fremder Hand einen schweren Streich auf den Kopf und wurde schwerverwundet Nachts 3 Uhr von der Polizei ins Cantonsspital gebracht. Ueber den Hergang der Verletzung gibt der Meister des Knechtes folgende Angaben: „Als ich in der betreffenden Nacht um 10 Uhr zu Bett gehen wollte, hörte ich auf der Strasse Hülferufe. Ich ging mit einem Licht versehen vor die Hausthüre und sah vor derselben auf dem Pflaster einen Mann wie todt daliegend und bis zur Unkenntlichkeit mit Blut überströmt.“ Während der Meister rasch sich entfernte, um bei der Polizei Anzeige zu machen, blieben dessen Frau und Magd bei dem Verletzten. Mit Hülfe eines des Weges gekommenen Samariters wurde dieser ins Haus getragen und daselbst nothdürftig verbunden. Meier war total bewusstlos und gab auf lautes Anrufen kein Zeichen von sich. Der gerufene Arzt, Herr Dr. *Mennet*, untersuchte den Kranken, brachte einen kurzen, für uns sehr werthvollen ersten Befund zu Papier und zögerte nicht, den sofortigen Transport ins Spital anzuordnen. Die Angaben des ärztlichen Attestes stimmen in allen Beziehungen überein mit dem folgenden bei der Ankunft in den Operationssaal aufgenommenen Status præsens. Weitere über den Hergang des Ueberfalls eingezogene Erkundigungen machen es wahrscheinlich, dass Meier durch einen gewaltigen Schlag mittelst eines schweren Steines zu Boden gestreckt wurde.

Status praesens und Operation. Kräftig gebauter, gut genährter Mann von mittlerer Grösse. Sensorium benommen. Patient liegt mit geschlossenen Augen da und öffnet nur nach lautem wiederholtem Rufen des Namens ein wenig die Augen. Der volle und regelmässige Puls zeigt eine Frequenz von 90 Schlägen in der Minute. Die Temperatur misst, 3 Stunden nach der Ankunft gemessen, 38,1°. Die Respiration zeigt keinerlei Störung. Befund von Lungen und Herz normal. Die Lippen sind roth gefärbt, keine ausgesprochene Anæmie. Das linke obere Augenlid ist stark geschwollen und su-

gilirt. Die Pupillen sind von mittlerer Weite und reagiren träge. Die Bulbi bewegen sich nach jeder Richtung frei und gleichmässig. Die linke Nasolabialfalte undeutlich, verstrichen, der Mundwinkel derselben Seite herabhängend. Facialisparese links! sonst keine nachweisbaren Lähmungen der Kopfnerven. Der rechte Arm hängt schlaff am Körper herab; wird die Haut desselben mit Nadeln gestochen, so macht Patient mit der andern Hand Abwehrbewegungen. Das rechte Bein wird bei applicirten Hautreizen schwach bewegt. Die Extremitäten der linken Seite sind frei beweglich. Vollständige Lähmung des rechten Armes, weniger ausgesprochene Parese des rechten Beines!

Auf der linken Kopfseite, in der Gegend des linken Scheitelbeines eine 6 cm. lange, von hinten nach vorn verlaufende Wunde mit gequetschten und zerrissenen Rändern. Die vordere Ecke derselben ist 8 cm. von der Nasenwurzel entfernt, der hintere Winkel befindet sich in der Höhe des Ansatzes der Ohrmuschel. Der Mittellinie nähert sich die Wunde bis auf 4 cm.; ihr äusserer Rand ist stark eingedrückt, so dass er um mehrere Millimeter tiefer steht als der andere; es entsteht dadurch eine Einsenkung der Schädeloberfläche, die mit deutlich pulsirenden Blutcoagulis ausgefüllt ist. Die ganze Kopfhaut wird rasirt und desinficirt; die Wundränder werden mit Doppelhaken auseinander genommen, wobei eine ausgedehnte Zersplitterung des Schädeldaches zu Tage tritt. Es zeigt der Knochen einen handtellergrossen Defect, der von scharfen Kanten begrenzt ist. Das ausgesprengte Stück ist in Form von zahlreichen grossen und kleinen Splittern in die Tiefe gedrückt, so dass eine Depression von durchschnittlich 2 cm. Tiefe entstanden ist. Alle diese Splitter, von denen der grösste 5 cm. in die Länge, 3 cm. in die Breite misst, stehen mit den Kanten der Knochenlücke nirgends mehr in Berührung, sondern liegen der Dura mater, diese selbst eindrückend und mit ihr pulsirend, auf. Aus den Spalten zwischen den Splittern ragen viele mit hinein gerissene Haare hervor. Lose Knochenstücke, von der innern Tafel abgesprengt, haben sich zwischen Dura mater und Schädeldach verschoben. Nachdem die vorhandene Wunde nach vorn und hinten erweitert worden, so dass die ganze Depression übersehbar und zugänglich ist, wird zunächst die mit eingedrückte und zerfetzte Galea mit sammt dem Periost durch Elevatorien von den Splittern abgehebelt, worauf es ohne Gewalt anzuwenden gelingt, sämmtliche Knochenstücke, 18 an der Zahl, mittelst der gebogenen Sequesterzange von der Dura mater abzuheben und zu extrahiren. Vor den Augen des Operateurs hebt sich nun die eingedrückte Dura in die Höhe, bis sie fast normales Niveau wieder einnimmt. Ueber die jetzt frei zu Tage liegende harte Hirnhaut hinweg sieht man die Verzweigungen des vorderen Astes der Art. meningea hinwegziehen; im Bereiche des hinteren Theiles der Knochenlücke spritzt in ziemlich kräftigem Strahl aus jener Stelle, wo der vordere Ast in seine Hauptzweige sich theilt, arterielles Blut in die Höhe. Um diese Blutung zu stillen und deren Quelle zugänglich zu machen, ist es nothwendig, vom untern Knochenrand mit der Hohlmeisselzange ein Stück abzutragen, dann gelingt es mit einer feinen krummen Nadel, das verletzte Arterienrohr oberhalb und unterhalb der Wunde zu umstechen und abzuschnüren. Im vorderen Theil des Defectes gegen die Stirne hin ist die Dura mater eingerissen und aus dem Riss prolabirt zerquetschte Gehirnsubstanz. Nachdem sich Verfasser überzeugt, dass von Splittern und andern Fremdkörpern Nichts zurückgeblieben, nachdem auch die Blutcoagula überall weggeräumt waren, wird bei gesenktem Kopfe die Wundhöhle mit Sublimatlösung 1‰ berieselt und ein Drainrohr eingelegt, von dem ein Ende durch den hintern Wundwinkel hinausgeleitet wird. Auf den Riss in der Dura mater wird ein Stück Jodoformgaze gelegt und dieses ebenfalls am hintern Wundende nach aussen geführt. Zum Schluss Application eines Sublimatholzwollekissen-Verbandes.

Nach beendigter Operation, die ohne Narcose ausgeführt worden, setzt sich Patient von selbst auf, reicht, hiezu aufgefordert, die rechte Hand, hebt den rechten Arm frei in die Höhe, streckt die Zunge vor und kann das rechte Bein ungehemmt gebrauchen. Was zu ihm gesagt wird, versteht er.

Verlauf. April 2. Zwei Stunden nach der Operation gibt Pat. genaue Auskunft über Alter und Herkunft, nur auf den Hergang seines Unfalls kann er sich nicht gut besinnen. Seine Extremitäten gebraucht er frei. Von der

Facialisparese ist eine leichte Andeutung noch zu sehen. Die Frequenz der Pulsschläge wird kleiner.

April 4. Immer vollständig freies Sensorium, etwas mürrisches Wesen, trotzige Antworten. Voller, regelmässiger Puls von durchschnittlich 60 Schlägen. Nachdem die höchste Temperatur am Abend des Tages nach der Operation 38,2° betragen, steigt dieselbe von jetzt an nie mehr über 37,5°.

April 6. Bestes Allgemeinbefinden. Patient ist gesprächig, verlangt nach gewöhnlicher Kost, lässt sich den gebotenen Wein gut schmecken. Von Lähmung keine Spur mehr.

April 9. 1. Verbandwechsel. Die Wunde ist, soweit sie genäht, per primam int. geheilt. Drain, Jodoformgaze und Nähte werden entfernt. Starke Pulsation. Im abgenommenen Verband trockenes Blut.

April 10. Temperaturen immer normal. Der Puls schwankt stark in seiner Frequenz, ist langsam. Des Morgens durchschnittlich 44—50, des Abends 50—56 Schläge.

April 30. 2. Verbandwechsel. Wunde bis auf die Stelle, wo das Drainrohr ausmündete, solide vernarbt. Vortreffliches Allgemeinbefinden. Im Urin geringe Mengen von Zucker.

Mai 15. Patient befindet sich ausser dem Bette. Puls regelmässig. Frequenz durchschnittlich 60—70 Schläge. Ueber dem Defect lebhafte Pulsation. Allgemeinbefinden unverändert gut; vollkommen unveränderte Psyche.

Mai 21. Patient darf als geheilt betrachtet werden. Ueber dem Defect trägt er einen Schutzverband.

3. Fall. Splitterfractur des linken Scheitelbeines. Nicht bis auf den Knochen gehende Kopfwunde. Ruptur der Art. meningea media. Supradurales Haematom. Contralaterale Lähmung. Trepanation. Wegräumung des Extravasates. Tod an Schluckpneumonie.

Konrad Kern, 38 Jahre, Taglöhner, von Schöfflisdorf, wird am 23. August 1887 in's Spital aufgenommen. Da Patient wegen bestehenden Comas nicht im Stande ist, über den Hergang des Unfalls zu berichten, müssen wir uns mit den Aussagen seiner Ehefrau begnügen. Diese lauten: Kern war vor der Verletzung immer gesund. Sonntag den 21. August Nachmittags war er seinen gewohnten Tagesgeschäften, Viehfüttern, Melken etc., nachgegangen. Während das Gesinde zum Abendbrod gerufen wurde, erklärte er seiner Frau, es sei ihm unwohl, er wolle sich noch etwas in's Freie setzen. Er ging die Treppe hinunter und wollte sich, beim untersten Tritt angelangt, an's Geländer anlehnen; dieses aber war nicht stark genug, um dem Gewichte eines so schweren Mannes zu widerstehen, es brach und Patient fiel rücklings kopfüber auf den mit Kies bedeckten Boden. Seiner sofort zu Hülfe eilenden Frau äusserte er sich, dass er Schmerzen im Kopfe und am Rücken verspüre. Frau Kern versichert, dass ihr Mann gerade nach dem Fall nicht einen Augenblick bewusstlos gewesen sei. Der Unfall ereignete sich ca. 7 Uhr Abends. Patient blieb bei freiem Sensorium bis Nachts um 2 Uhr. Die letzten Worte, die er seiner Frau gesagt, seien folgende gewesen: „Wenn ich jetzt sterbe, dann bitte ich Dich, sorge recht für die Erziehung der Kinder." Von diesem Augenblicke an lag er im tiefen Sopor. Während der ganzen Zeit als er zu Hause lag, soll er keinen Laut von sich gegeben, und keine Bewegung gemacht haben, auch nahm er weder Essen noch Trinken zu sich. Mit Gewalt soll ihm Nichts eingeschüttet worden sein als eine vom Arzt verordnete Mixtur. In diesem Zustande lag Patient bis Dienstag Morgen, im Ganzen 36 Stunden zu Hause. Da die Benommenheit nicht wich und keine Besserung des Befindens eintrat, verordnete der gerufene Arzt die sofortige Ueberführung in's Kantonsspital.

Status praesens und Operation. Grosser musculöser Mann mit vollständig benommenem Sensorium; auf lautes Anrufen mit Namen reagirt Patient absolut nicht, nur selten ist ein lautes Stöhnen vernehmbar, ein verständliches Wort ist nicht zu hören. Der Kranke nimmt beständig Rückenlage ein, bewegt dabei zuweilen die linke untere Extremität, dieselbe bei flectirtem Knie emporhebend und dann wieder ausstreckend.

Der Puls ist voll, kräftig, aber intermittirend, seine Frequenz beträgt 56—60 Schläge. Aus der aufgenommenen Pulscurve geht hervor, dass die Irregularität mit der Verlangsamung der Respiration (s. unten) zusammenfällt; bei der Inspiration werden die Schläge frequenter und kleiner. Temperatur 36,0°. Die Respiration zeigt eine Frequenz von durchschnittlich 10 Athemzügen und ist mit schnarchendem Geräusch verbunden, ab und zu nimmt sie deutlich *Cheyne-Stokes*'schen Typus an.

An der Gesichtsfarbe sind keine abnormen Eigenthümlichkeiten zu bemerken; die Lippen sind blass. Das linke obere Augenlid ist blau sugillirt, ebenso das untere derselben Seite. Die Bulbi werden von den Lidern beständig bedeckt; bei auf die letztern applicirten Nadelstichen öffnen sich die Lidspalten um ein Kleines. Die Pupillen sind an beiden Augen weit und reagiren schwach; bei starkem Lichtreiz, z. B. wenn vom Augenspiegel Licht auffällt, verengern sie sich ganz wenig. Der Augenhintergrund zeigt links eine grau verwaschene Papille und etwas weite Venen. Ueber die Bewegungen der Bulbi ist mit Sicherheit auszusagen, dass der linke Augapfel beim Blick nach Innen zurückbleibt. Die rechte Naso-labialfalte ist verstrichen, der rechte Mundwinkel hängt deutlich nach unten. Die electrische Prüfung ergiebt geringe quantitative Herabsetzung der Reaction sowohl faradisch als galvanisch an den vom rechten Facialis innervirten Muskeln. Leichte rechtsseitige Facialislähmung! Auf Nadelstiche in die linke Wangengegend reagirt Patient sofort mit schmerzhaftem Verziehen der linken Gesichtshälfte, während die rechte Gesichtshälfte unveränderte Züge beibehält; zugleich bringt Patient bei diesen Stichen sofort die linke Hand auf die getroffene Stelle, um abzuwehren. Auf der rechten Gesichtshälfte ist die Sensibilität entschieden herabgesetzt.

Die linke Schläfengegend ist geschwollen und fühlt sich teigig, oedematös an. Fingerdruck auf dieser Stelle verursacht dem Patienten heftigen Schmerz, was sich aus den abwehrenden Bewegungen zu erkennen gibt. Auf der linken Seite der Schädelconvexität, über der hinteren Fläche des linken Scheitelbeines sind verschiedene Hautexcoriationen und zwei kleine, unregelmässige, halb verklebte und verunreinigte Wunden zu sehen, welche die Haut durchsetzen, den Knochen aber nirgends blosslegen. Druck auf diese Gegend wird ebenfalls schmerzhaft empfunden. Aus Ohr und Nase keine Blutung, Trommelfell intact. Convulsionen haben sich keine eingestellt, von automatischen Bewegungen ist Nichts zu constatiren. Das rechte Bein liegt schlaff auf der Unterlage, Hautreize rufen keine Spur von Bewegungen an demselben hervor: den rechten Arm bewegt Patient nie. Rechtsseitige Hemiparese und Herabsetzung der Sensibilität. Die von Herrn Dr. *Huber*, Secundararzt der medicinischen Abtheilung, vorgenommene electrische Prüfung ergibt: Links und rechts bei denselben Rollenabständen und Stromstärken mit dem galvanischen Strom gleich kräftige und prompte Zuckungen. — Stuhl und Urin lässt Patient unter sich gehen. Im Urin weder Eiweiss noch Zucker.

Der ganze, in dem vorstehenden Status praesens geschilderte Symptomencomplex, speciell die in der Epikrise genauer zu erörternden Momente, liessen an der Diagnose „Linksseitiges supradurales, durch Zerreissung eines Astes der Art. meningea media entstandenes Haematom“ nicht zweifeln und Verfasser entschloss sich zur sofortigen Vornahme der Trepanation behufs Ausräumung des Extravasates.

Der Kopf wird rasirt, die Haut mit Aether, Seife und Sublimatlösung $^1/_{1000}$ auf das Genaueste desinficirt. Von der Narkose wird in Anbetracht des bestehenden Sopors abgesehen.

Die vorhandenen Excoriationen und Wunden der Kopfhaut, nimmt der Operateur an, bezeichnen jene Gegend des Schädels, die vom Trauma hauptsächlich getroffen wurde; hier muss folgerichtig eine allfällige Fractur localisirt sein, hier muss auch das Haematom hauptsächlich sich ausgebreitet haben. In diese lädirte Region fällt nun gerade jene Stelle, an welcher nach *Krönlein* der Ort der Wahl für die Auffindung parieto-occipitaler Haematome sich befindet. Ueber diese Stelle hinweg führte ich den Hautschnitt so, dass er in die Richtung der von *Krönlein* angegebenen, unmittelbar hinter dem Processus mastoideus nach oben gezogenen Linie fallend, zugleich die schon vorhandenen Wunden in sich auf-

nahm. Indem der Knochen freigelegt und vom Perioste befreit wird, tritt sofort eine Fissur zu Tage, die horizontal verlaufend nach vorn sich verzweigt. Die Weichtheile werden durch Doppelhaken auseinander gezogen, auf den nackten Knochen wird ein Bogentrepan aufgesetzt und eine Krone herausgesägt, in welcher eine tiefe Arterienfurche (hinterer Ast der Art. meningea media) verläuft. Nach Entfernung dieser Krone zeigt sich die nach vorn gelegene Hälfte der im Bereich der runden Knochenlücke sichtbaren Dura mater mit blauschwarzen Coagulis ausgefüllt, während die nach hinten gelegene Hälfte unbedeckt dem Knochen an der Kante der Trepanlücke dicht anliegt. Es wird aus diesem Befund der Schluss gezogen, dass die Hauptmasse des Haematoms nach vorn sich ausbreiten muss. Auf den senkrechten Hautschnitt wird ein horizontal nach vorn verlaufender aufgesetzt; der m. temporalis wird zum Theil durchtrennt, das Periost vom Knochen abgehebelt und nun erst bietet sich die Gegend dar, wo der Schädel die eigentliche Zertrümmerung erlitten; hier gelingt es, ein bewegliches, aber keineswegs deprimirtes Stück aus der Continuität der Schädelkapsel herauszuhebeln. Auf der Innenseite dieses Stückes verlaufen die Furchen der beiden Hauptzweige des vorderen Astes der Art. meningea media. Von dieser grossen Trepanationslücke aus ist es nun leicht möglich, über die Ausdehnung des Haematoms den richtigen Begriff zu erlangen. Es erstreckt sich dasselbe nach oben bis 1 Cm. gegen die Mittellinie hin und nach vorn bis in die Gegend des linken Tuber frontale. Die Dura mater ist bis auf eine Tiefe von 3 Cm. vom Knochen abgehoben und pulsirt schwach. Nach Entfernung des beschriebenen Knochensplitters quillt aus dem hinteren Zweige des in der Dura verlaufenden vordern Meningealastes arterielles Blut im Strahl in die Höhe. Es gelingt, diese Blutung durch Umstechung mit 3 Catgutsuturen zu stillen. Nun wird das Haematom mit gestielten Schwämmen, mit scharfen Löffeln und Uteruslöffeln ausgeräumt. Die Gerinnsel haften der Dura mater zum Theil so fest an, dass eine vollständige Entfernung unmöglich ist. Ein Riss in der Dura mater ist nirgends zu erkennen. Die ganze Quantität des entfernten Extravasates mochte ungefähr 200 Gramm betragen. Nach vollendeter Ausräumung wird die Höhle mit Sublimatlösung 1 ‰ bei zur Seite geneigter Kopfstellung ausgespült. Die Haut wird durch Seidensuturen vereinigt, die Nahtlinie mit Jodoformgaze bedeckt, ein Drainrohr mittleren Calibers eingelegt und ein voluminöser antiseptischer Verband mit Sublimatholzwolle-Kissen applicirt.

Eine Aenderung des Symptomenbildes ist gleich nach beendigter Operation nicht zu constatiren.

Verlauf. Aug. 24. Vormitternacht verlief ruhig, Patient lag im tiefen Sopor, nur von Zeit zu Zeit griff er mit der Hand in's Gesicht. Nach Mitternacht versuchte er um 4 Uhr Morgens aufzusitzen und griff nach dem Verband, um denselben abzureissen. Um 5½ Uhr sprach er deutlich vernehmbar, „man solle ihm die Kleider geben, er wolle fort". Zur Zeit der Morgenvisite reagirt Patient sehr heftig auf äussere Reize, schlägt die Augen auf, wobei zu constatiren ist, dass der linke Bulbus in den Bewegungen nach Innen zurückbleibt. Der rechte Arm wird bewegt, nicht aber das rechte Bein. Die Sensibilität auf dieser Seite ist herabgesetzt. Der Puls schwankt in seiner Frequenz zwischen 86—100, ist voll und gespannt. Um 10 Uhr sagt Patient deutlich, er habe Durst und nimmt etwas dargebotenen Wein zu sich, wobei er die Augen öffnet.

Aug. 25. Das Sensorium ist bedeutend freier. Patient verlangt oft nach Wein und wenn ihm das Glas geboten wird, so ist er damit nicht zufrieden, sondern greift nach der vollen Flasche, setzt sie an den Mund und trinkt mit vollen Zügen. Die Zunge wird auf Verlangen vorgestreckt. Den rechten Arm bewegt er frei, das rechte Bein hebt er langsam von der Unterlage empor. Im Urin weder Eiweiss noch Zucker.

Aug. 26. Sensorium fast ganz frei! Patient gibt auf alle Fragen Antwort, bewegt den rechten Arm ungehindert, das rechte Bein nur wenig.

Die Temperatur misst heute Morgen im Rectum 40,4°. Deutlicher Herpes labialis.

Verbandwechsel. In den Kissen wenig ausgetrocknetes, geruchloses Secret. Das Drainrohr mit Blutcoagulis ausgestopft. Da die Ursache des Fiebers in einer Vereiterung mit Retention gesucht wird, wird die fast überall verklebte Nahtlnie aufgerissen und abgehoben. In dem Schädeldefect liegt die Dura mater den Knochenrändern dicht an, so dass man kaum mit der Sonde in den Zwischenraum hineingelangen kann. Keine

Spur von Eiterung, keine neue Blutung! Die Ursache der Temperatursteigerung kann hier supradural nicht liegen.

Aug. 28. Hohes Fieber; Sensorium fast ganz klar. Die Untersuchung der Lungen ergiebt hinten rechts unten handbreite Dämpfung; Bronchialathmen, Rasselgeräusche, Pneumonie!

Aug. 30. Exitus letalis.

Dem Sectionsbefund entnehmen wir: Die linke Hälfte des Schädeldaches zeigt einen Defect, dessen grösster Durchmesser von hinten nach vorn 6 Cm., dessen grösster Höhendurchmesser 5 Cm. misst. Der hintere Theil der Knochenlücke wird durch die runde Trepanationslücke gebildet, deren hinterer Rand 5 Cm. vor der linken Lambdanaht liegt. Nach vorn erstreckt sich der Defect über die Coronarnaht hinaus in's Stirnbein hinein und von demselben gehen Fissuren aus, die in's os temporale sich hinein verzweigen. Nach Entfernung des Schädeldaches zeigt sich dessen Innenfläche rings um den beschriebenen Defect herum mit leicht anhaftenden Coagulis bedeckt, die in Form eines scharf begrenzten Ovals sich ausbreitend die Ausdehnung des vorhanden gewesenen Haematoms genau erkennen lassen. Dasselbe Oval wird auf der Dura mater durch eine dünne Schichte von Blutcoagulis gebildet. Durch die runde Trepanationslücke hindurch zieht der hintere Ast der Art. meningea media, durch den vorderen Theil des Defectes verlaufen die beiden Zweige des vorderen Astes. Am hintern Zweige des letzteren sitzen, diesen umfassend und abschnürend 4 Katgutligaturen fest. Das ganze Operationsgebiet zeigt keine Spur von Eiterung, kein Zeichen von Sepsis. Nach Entfernung der nirgends zerrissenen Dura mater zeigt sich die Gehirnoberfläche in der ganzen Ausdehnung der durch das Extravasat bedeckten ovalen Fläche abgeplattet. Die Hirnsubstanz zeigt beim Einschneiden an verschiedenen Stellen eine oberflächliche Zertrümmerung der Rinde und haemorrhagische Herde namentlich im Bereich der Schläfenlappen. Der linke Seitenventrikel ist weit und mit sanguinolenter Flüssigkeit gefüllt. Ein Schnitt durch die Stammganglien der linken Seite zeigt im Linsenkern eine erweichte, hämorrhagische Partie. Die übrige Gehirnsubstanz ist von guter Consistenz und starkem Blutgehalt. Auf der Innenfläche der Schädelbasis verläuft eine Fissur nach aussen vom linken kleinen Keilbeinflügel durch das Os frontale, um in der Ala magna in eine quergehende Spalte einzumünden. Die rechte Schädelhälfte ist intact, sowohl an der Basis als an der Convexität. — Die rechte Lunge zeigt hinten reichliche, leicht trennbare Adhaesionen. Der Unterlappen ist schwer und derb; der Oberlappen enthält namentlich in den hinteren Partien keine Luft und bei Druck entleert sich aus seinem Gewebe eine gelbe, schmierige Flüssigkeit. Die Schnittfläche ist körnig, graugelb. Lobuläre Pneumonie.

Unter den raumbeschränkenden Momenten, die eine Hauptindication der Trepanation bilden, sind es deprimirte Knochenstücke vor Allem und intercranielle Blutergüsse, die als Folgezustände schwerer Schädellæsionen den genannten operativen Eingriff erfordern. In den im Vorstehenden beschriebenen Fällen war die Indication zur Trepanation durch eben diese genannten Momente klar gegeben. Bei sämmtlichen Fällen war die Folge der Verletzung eine Zerreissung des einen oder andern Astes der Art. meningea media; die hiedurch bedingte heftige arterielle Blutung fand bei den ersten beiden Patienten durch die Knochen- und Weichtheilwunde hindurch nach aussen freien Abfluss und es wurde so das raumverengende Moment nicht durch die Ansammlung eines Blutextravasates verursacht, wohl aber durch tief eingedrückte Knochensplitter. Beim dritten Patienten war die Schädelkapsel ebenfalls zertrümmert, die Splitter aber blieben in situ liegen, festgehalten durch das unverletzte Pericranium und die intacte Galea. So war ein Abfliessen des Blutes nach aussen unmöglich und es entwickelte sich ein raumbeschränkendes, supradurales Hæmatom, welches, den ihm eigenen typischen Symptomencomplex hervorrufend, die stricte Indication zur Trepanation darbot.

Wir betrachten die beiden zuerst beschriebenen Fälle gesondert und constatiren zunächst, dass die durch Einwirkung mächtiger directer Gewalt entstandene Læsion des Schädeldaches beim ersten Patienten auf der rechten, beim zweiten auf der linken Kopfhälfte localisirt war. Im einen Fall war es die vordere über der Linea semicircularis gelegene Gegend des Scheitel- und Schläfenbeines, im andern Scheitelbein und Stirnbein, die von der Wucht des Traumas getroffen wurden. Die Art. meningea media wurde in beiden Fällen durch die in die Tiefe geschlagenen Fragmente zerrissen, und zwar war es beim ersten Patienten, nach den in den extrahirten Splittern verlaufenden Canälen und nach dem Sitz des Knochendefectes beurtheilt, der vordere Ast nahe seinem Abgang aus dem Stamm, während beim zweiten Patienten, wie ich bei der Operation mich genau überzeugen konnte, der vordere Ast in der Gegend der Theilung in seine Zweige zerrissen war. Während die Dura mater im einen Fall einen fast ebenso grossen Defect wie der Knochen selbst darbot, zeigt dieselbe im 2. Fall nur einen kleinen Einriss. Entsprechend dieser verschieden ausgedehnten Verletzung der harten Hirnhaut war die Læsion des Gehirnes eine ungleich intensive. Beim ersten Patienten wird durch die tief in die Gehirnmasse eindringende Schraube ein erschreckendes Bild der Zerstörung hervorgerufen, während beim andern Kranken nur ein kleines Gehirnbröckelchen aus dem Riss der Dura mater prolabirt. Was die Region der Hirnrinde betrifft, die von den Splittern zertrümmert oder gedrückt wurde, so ergibt eine möglichst genaue Localisirung nach dem Schema *Turner*'s, dass beim Patienten Merk jedenfalls der untere Theil der hinteren Centralwindung und der Gyrus temporalis sup. vom Trauma hauptsächlich betroffen wurde, während beim andern Patienten die deprimirten Splitter vornehmlich dem untern und mittlern Dritttheil der beiden Centralwindungen, sowie dem hintern Ende der dritten Stirnwindung aufgelegen haben müssen. Richten wir unsere Aufmerksamkeit auf die Symptome, welche durch die beiden umschriebenen Gehirnlæsionen hervorgerufen wurden, so frappirt uns der negative Befund, den Patient Merk sowohl bei der Untersuchung unmittelbar nach der Verletzung, als auch während des ganzen Krankheitsverlaufes darbot. Der Mann ging nach erlittenem Trauma 50 Schritte weit und war niemals bewusstlos! Von den typischen Erscheinungen der Commotio cerebri constatiren wir hier weder Coma noch Pulsverlangsamung, noch die oberflächliche Respiration. Fahnden wir nach den Symptomen der Compressio cerebri, so fehlen diese vollends ganz und gar. Wir sehen weder Motilitäts- noch Sensibilitätsstörungen auftreten, und es reiht sich so dieser Fall jenen Beobachtungen an, bei denen es räthselhaft bleibt, wie eine derartige in dieser Hirnregion localisirte Zerstörung sozusagen symptomlos verläuft. — Ganz anders gestaltet sich das Bild, welches der 2. unserer Verletzten gleich nach der Gewalteinwirkung dem zuerst gerufenen Arzte und einige Stunden später dem Verfasser selbst darbot. Hier kündet hochgradige Gehirnerschütterung sich durch Bewusstlosigkeit, Erbrechen, unwillkürliches Abgehen von Stuhl und Urin an und die Compressio cerebri wird manifestirt durch deutlichst ausgesprochene Motilitätsstörungen, bestehend in Lähmung der linken Körperhälfte und des linksseitigen Facialis, wobei die Parese an der obern Extremität stärker ausgesprochen ist, als an der untern. Dass diese Be-

wegungsstörungen unzweifelhaft zurückzuführen sind auf den Druck der deprimirten Knochensplitter auf die motorischen Rindenfelder, dafür liefert den untrüglichen Beweis der Erfolg der Therapie. Die Depression wird gehoben und Patient hebt den vorher gelähmten Arm frei in die Höhe. — Ausser der in erster Linie gebotenen Entfernung der Splitter war es in unsern beiden Fällen Aufgabe der Therapie, die aus den Aesten der Art meningea media stammende Blutung zu stillen. An ein Auffinden, Fassen und Unterbinden der zerrissenen Arterie war beim ersten Patienten nicht zu denken; nur die Tamponade mit Jodoformgaze konnte hier zum Ziele führen. Anders beim 2. Fall; hier liegt nach Wegräumung der Depression das spritzende Lumen in der Dura mater frei vor den Augen des Operateurs und kann durch Umstechung verschlossen werden.

Der Heilverlauf darf in beiden Fällen ein idealer genannt werden. Die treffliche antiseptische Wirkung der Sublimatlösung 1 ‰ garantirte einen nahezu reactionslosen Verlauf.

Wir haben zum Schlusse unseres 3. Falles zu gedenken, der, wenn auch sein Ausgang nicht so glücklich war, dennoch mehrfaches Interesse beanspruchen darf. — Die wegleitenden Symptome, die nach *Wiesmann* allein schon die Diagnose auf Ruptur der Art. meningea media und endocranielle Blutung bei geschlossener Schädelkapsel rechtfertigen, sind: Das freie Intervall, die allmälig auftretende Hemiplegie, der Druckpuls und die stertoröse Respiration. Kommt zu diesen Symptomen eine deutliche Läsion auf derjenigen Seite des Kopfes, welche dem vermutheten Extravasat entspricht, so ist die Diagnose einer Ruptur der Art. meningea mit zweifelloser Sicherheit zu stellen. Das Vorhandensein aller dieser Cardinalsymptome liess auch in unserem Fall an der Diagnose nicht zweifeln. Die Anamnese ergibt ein freies Intervall, welchem keine deutliche Commotio cerebri vorausging, sondern welches unmittelbar an das Trauma sich anschliessend 7 volle Stunden dauerte, um alsdann einem tiefen Coma zu weichen. Dass die pathognomonische contralaterale Hemiplegie nicht wie im 2. Fall durch den Druck deprimirter Schädelstücke, sondern durch die Last des hauptsächlich über den Centralwindungen allmälig sich ansammelnden Haematoms bedingt wurde, geht daraus hervor, dass keine Knochendepression vorhanden war und dass die Lähmung nicht sofort nach der Verletzung, sondern erst nach Ablauf des freien Intervalles auftrat. Was die Ausdehnung des Haematoms betrifft, so haben wir es zu thun mit einem circumscripten Extravasate, welches seinem Sitze nach als ein temporo-fronto-parietales bezeichnet werden kann. Die Rupturstelle der Arterie entsprach ungefähr dem Centrum des Blutkuchens und lag im Bereiche des vorderen Meningealastes. Es handelte sich demnach um ein Haematom, welchem vom Orte der Wahl — nach *Vogt* — aus leicht beizukommen war. Für solche Fälle, wo die Diagnose auf Haematom gestellt ist und wo sich an den weichen und harten Schädeldecken keinerlei verwerthbare Anhaltspunkte für eine bestimmte Localisirung des Haematoms finden, hat man nach *Krönlein* an der Regel festzuhalten, zuerst an der von *Vogt* angegebenen Stelle zu trepaniren und erst, wenn an dieser Stelle das Extravasat nicht zu finden ist, würde man am Ort der Wahl nach *Krönlein*, d. h. an der Kreuzungsstelle einer horizontal durch den Supra-

orbitalrand nach hinten gezogenen Linie mit einer unmittelbar hinter dem Proc. mastoideus nach oben gehenden Vertikalen vorgehen müssen. Wenn in unserem Fall gleich zuerst an einem in dieser Vertikalen gelegenen Punkte der Trepan aufgesetzt wurde, so bewog mich hiezu allein der Umstand, dass ich eben durch die in dieser Gegend localisirte Wunde der Kopfhaut einen Anhaltspunkt für die Localisation einer Schädellaesion gegeben hielt, welche in den Bereich des hinteren Astes der Art. meningea media fiel und welcher demnach ein parieto-occipital gelegenes Extravasat entsprochen hätte. Aus dem Symptomenbild eine topische Diagnose auf den Sitz des Haematoms zu machen, war, wie in allen andern bekannten und von *Wiesmann* gesammelten Fällen, auch hier nicht möglich. Hätte ein parieto-occipitales Haematom vorgelegen, so wäre dasselbe durch diese Trepanlücke mit aller Sicherheit entdeckt worden. Wenn das in unserm Fall wirklich vorhandene temporo-parietale Haematom ebenfalls in den Bereich der Trepankrone fiel, so hängt dies nicht mit einer zufällig aussergewöhnlich grossen Ausdehnung dieses Haematoma medium zusammen, sondern es wird, wie dies aus dem *Krönlein*'schen Schema hervorgeht, in den meisten Fällen die hintere Grenzlinie des durch das Haematom gebildeten Ovales die an diesem zweiten äusserst zweckmässig bestimmten Orte der Wahl gelegene Trepanlücke schneiden oder sogar nach hinten überragen.

So wie beim zweiten unserer Patienten der Entlastung der motorischen Rindencentren durch Hebung der Depression die Wiederherstellung der Motilität nachfolgte, so sehen wir auch hier nach Wegräumung des Extravasates die gefahrdrohenden Symptome schwinden. Während dort der Erfolg ein augenblicklicher war, erholte sich hier das Gehirn von dem Drucke langsamer; Patient erwachte allmälig aus seinem Sopor, das Bewusstsein kehrte wieder und die contralaterale Lähmung schwand.

Das freudige Bewusstsein, durch die Operation lebensrettend gewirkt zu haben, wurde getrübt durch die schlimme Wendung, welche das Hinzutreten jener gefürchteten Lungencomplication herbeiführte.

Drei Fälle von Actinomycose.

Von Professor **Th. Langhans** in Bern.

(Schluss.)

Ich erlaube mir, der Schilderung der einzelnen Fälle noch einige Bemerkungen über Besonderheiten nachfolgen zu lassen, welche mir bei der weiteren, namentlich der genaueren microscopischen Untersuchung auffielen und die ich in der Literatur nicht immer hervorgehoben finde.

1) Die Farbe der Actinomyceskörner. *Israel* schildert dieselbe in seinen „klinischen Beiträgen zur Kenntniss der Actinomycose des Menschen“ (1885, S. 146) als sehr wechselnd; er beschreibt die Körner als farblos, sagoartig durchscheinend, oder weiss, hellgelb oder sepiabraun, gelbgrün und dunkelgrün. Meine 3 Fälle boten in dieser Beziehung grosse Variationen dar; in dem ersten waren die Körner schwarz, im zweiten weissgelb, im dritten gesättigt grasgrün. In den beiden letzten

war bei der microscopischen Untersuchung nur eine schwache, diffuse Färbung der Pilzkörner zu sehen, welche weniger den Faden, als der schleimigen Zwischensubstanz anzugehören schien. Im ersten Falle fand sich ebenfalls eine schwache gelblicht diffuse Färbung der Pilzconglomerate; die schwarze Farbe aber beruhte auf der Anwesenheit von kleinen, schwarzgrünen Körnchen, welche in spiessigen, radiär ausstrahlenden Figuren angeordnet waren; dieselben umgeben in Form eines öfters unterbrochenen Ringes das farblose Centrum, liegen also in der Nähe der Oberfläche, ohne dieselbe zu erreichen. In der Umgebung finden sich ähnliche Körner, aber farblos. Die Natur der Pigmentkörner blieb unklar; denn die Farbe schwand sehr rasch in Spiritus, und auch an Körnern, die in gut verschlossenen Gefässen, vor dem Eintrocknen geschützt, auf Leber und feuchtem Brod aufbewahrt wurden, trat schon am dritten Tage vollständige Farblosigkeit ein.

2) *Weigert* (*Virchow*'s Archiv 54, 307) fand in dem Eiter nach eintägigem Stehen fast keine fingerförmigen Gebilde mehr, sondern nur Fäden, Leptothrix- und Streptothrixmassen. Gewisse in dem Actinomyces vorkommende Pilzformen entwickeln sich also auch nach dem Tode weiter. Eine ähnliche Beobachtung machte ich in meinem ersten Falle. Während am ganz frischen Präparat, am Tage nach der Section die peripheren Enden der Fäden so ziemlich in einer Kugelfläche lagen, waren schon am zweiten Tage viele in die umgebende Masse der Eiterkörper hineingewachsen; sie waren gradlinig oder leicht wellenförmig gebogen; an den Enden trugen sie kleine, sich zuspitzende Anschwellungen oder es findet sich hier ein etwas breiteres, quergestelltes Knöpfchen. Obgleich zur Anfertigung von microscopischen Schnitten absichtlich nur einzelne kleinere Stücke benutzt wurden, die direct in absoluten Alcohol kamen, war auch hier das Einwachsen von Fäden in die Umgebung zu beobachten. Ich fasse auch dies als postmortal auf und führe es auf das recht langsame Eindringen des Alcohols in den zähschleimigen Eiter zurück. Einen Beweis für diese Auffassung sehe ich darin, dass ich in dem dritten Falle diese Erscheinung vermisste; hier wurde nur ein einziges Pilzkorn direct in Alcohol erhärtet.

3) Im ersten Falle hatte der Actinomyces starke antiseptische Wirkung im wahrsten und engsten Sinne des Wortes. Er hinderte in hohem Maasse die eigentliche Fäulniss. Die Section fand an einem heissen Sommerabend statt. Obgleich die Leber während der warmen Nacht bei hoher Zimmertemperatur ohne weitere Vorsichtsmaassregel aufgehoben wurde, fand ich sie am andern Morgen vollständig frisch, ohne jeden Fäulnissgeruch. Aber sie hatte einen andern, höchst eigenthümlichen, nicht sehr starken Geruch, über dessen Charakter sich allerdings Jeder, dem die Leber vorgelegt wurde, anders aussprach. Ich selbst möchte ihn am ehesten als einen eigenthümlich fadsüsslichen, etwas dem Modrigen ähnlich bezeichnen.

In den folgenden Tagen trat diese antiseptische Eigenschaft noch deutlicher hervor. Obgleich das grosse Organ, nur mit einem einzigen grossen Querschnitt versehen, in Spiritus kam, und der letztere, wie erwähnt, nur sehr langsam eindrang, so trat doch in der Tiefe keine Fäulniss ein; noch nach 14 Tagen konnte ich Schnittflächen erhalten, die vollständig der frischen glichen, abgesehen von der verschwundenen, schwarzen Farbe der Körner und des Stromas.



Ein kleines Stück Leber wurde, wie oben erwähnt, in einem gut verschlossenen Glase bei heisser Sommertemperatur ohne jede Vorsichtsmaassregel, ohne vorhergegangene Desinfection im feuchten Zustande aufgehoben. Der eigenthümliche Geruch hielt sich deutlich bis zum 1. Juli. Erst am 2. Juli, d. h. am 10. Tage, war eine Spur von Fäulnissgeruch zu erkennen.

4) Die genauere microscopische Untersuchung wurde theils am frischen Objecte nach Zerzupfen oder an Deckgläschenpräparaten, theils auch an Schnitten nach Erhärtung in Alcohol und Einbettung in Celloidin vorgenommen. Im dritten Fall, in dem nur 3 Pilzkörner sich fanden, beschränkte sich die Untersuchung auf die erste und letztere Methode; Deckgläschenpräparate wurden nicht angefertigt. Wer der neueren Entwicklung der microscopischen Technik ferne steht, wird über die Schnittpräparate des Eiters im zweiten Fall erstaunt sein. Indess ist dies jetzt nicht schwierig. Der Eiter erstarrt, mit absolutem Alcohol gemischt, zu einer feinkrümligen Masse, welche (nach Durchtränkung mit Alcohol und Aether aa) mit Celloidin vermischt wird und dann auf Kork aufgetragen, in 70% Alcohol eine schnittfähige Consistenz erhält.

Die Resultate, die ich bei diesen Untersuchungen erhielt, scheinen mir dafür zu sprechen, dass in allen drei Fällen nicht blos eine Pilzspecies vorlag, sondern dass das sog. Actinomyceskorn mehrere Pilzformen enthalten kann. Neben demjenigen Pilz, welcher die eigentliche Form, die strahlige Anordnung bedingt, an dessen Enden die keulenförmigen Anschwellungen die fingerförmigen Fortsätze sind, finden sich andere von wechselnder Form, in den beiden ersten Fällen Fäden oder Stäbchen, in dem dritten Falle lassen sogar die gefärbten Pilze mehrere, zum mindesten 2 Formen unterscheiden, Coccen und Fäden. Jener, der eigentliche Actinomyces, entzog sich allen meinen Färbungsversuchen; die von *Weigert* empfohlene Orseille, das von *Israel* vorgeschlagene Orcein haben mir keine distincte Färbung ergeben, auch heisses Carbolfuchsin ergab nur die gleichen Resultate, wie die gewöhnliche *Gram*'sche Färbung, wie die *Weigert*'sche Modification derselben (Entfärbung mit Anilinœl). Auffallenderweise gelang es mir an einem Präparate von Actinomyces, welches ich der Güte von Herrn Dr. *Tavel* verdanke (von unbekannter Provenienz), eine schöne Färbung sämmtlicher Actinomycesfäden mit ihren fingerförmigen Endkolben zu erhalten, sowohl nach *Gram* wie mit heissem Carbolfuchsin.

Die Idee, dass der Actinomyces keine einheitliche Form sei, ist schon in der Vermuthung *Ponfick*'s enthalten, dass in dem einen Falle von *Israel* eine Complication mit einer andern Mycose vorliege. *Weigert* spricht sich über die Beziehungen der im Eiter vorhandenen färbbaren Streptothrixfäden zu den Actinomyceskörnern sehr zurückhaltend aus. Bei andern Autoren finde ich diese Idee nicht erörtert.

Meine Absicht geht auch nicht weiter, als auf die M ö g l i c h k e i t einer Symbiose hinzuweisen; der Beweis kann selbstverständlich nur durch Züchtungen erbracht werden. Jedenfalls aber wird man nicht die Regelmässigkeit in der Form des Actinomyces einfach als Grund gegen diese Hypothese anführen dürfen; der Hinweis auf die Formen der Flechten genügt, um die Beweiskraft dieser Thatsache abzuschwächen.

Ich theile in Folgendem gerade mit Rücksicht auf diesen Punkt meine Beobachtungen mit. Bei dem Zerzupfen der Körner in den beiden ersten Fällen isoliren sich auffallend viel kleine Stäbchen, die lebhaft in dem Wasser hin und her tanzten.

An Deckgläschenpräparaten erkannte man Coccen, Stäbchen und lange Fäden. Die letzteren erregten natürlich das grösste Interesse. Sie hatten ein sehr wechselndes Aussehen und etwas verschiedene Breite. Neben sehr feinen, gleichmässig dunkel gefärbten findet man solche von 0,0006 mm. Breite, alle reichlich verästelt, von leicht gebogenem Verlaufe, die feinsten mit korkzieherförmigen Krümmungen. Die breiteren erscheinen dabei mehr als Röhren von dunklen Linien eingefasst oder seltener als blassgefärbte helle Bänder ohne dunklen Randcontur. Dabei sieht man in diesen beiden noch stärker gefärbte Partien, entweder Körnchen oder Stäbchen, Formen, die jedoch nicht scharf von einander getrennt sind. Die Stäbchen sind verschieden lang, an den Enden quer abgestutzt, und liegen entweder mit Körnchen in einem Faden dicht hinter einander, oder finden sich auch allein vor und zwar in geringer Zahl, in weiten, gegenseitigen Abständen, so besonders in breiten Fäden. Die längeren Stäbchen sind 0,0026 mm. lang; von hier finden sich alle Uebergänge zu den kürzesten, die so lang wie breit sind, ja manchmal sogar breiter wie lang. Diese haben also schon Körnchenform, aber sie unterscheiden sich von den Körnchen noch durch ihre eckige Gestalt; ihre Endflächen sind nicht convex, sondern eben, ja machen selbst manchmal den Eindruck des Concaven, wie ein Wasser- oder Oeltropfen in einer Glasröhre. Auch diese liegen in weiten Abständen in den Fäden. Die eigentlichen Körnchen sind rundlich, die grösseren von dem Durchmesser der kürzesten Stäbchen, die kleinsten geradezu staubförmig auch bei *Zeiss* $^{1}/_{12}$; sie liegen sehr dicht. Dagegen waren an Schnitten des im Celloidin erhärteten Präparates von dieser verschiedenen Tingirung der Fäden nur Spuren zu sehen. Sie erschienen durchgängig solid, höchstens dass hie und da einige Stellen körnig erschienen. Auch längeres Verweilen der Schnitte in Jodkalium, tagelanges Liegen in Alcohol und Nelkelöl führte nur zu einer gleichmässigen Entfärbung, nie zu einer Differenzirung des Inhalts der Fäden. Auch ausserhalb der Fäden sah man nirgends freie Stäbchen oder Körnchen.

Vielleicht dass im frisch angefertigten Deckgläschenpräparate durch Einwirkung der Hitze oder des Jods der Inhalt der Fäden alterirt wurde. Auch reichen meine Beobachtungen nicht hin, um die Beziehungen der Stäbchen, die am frischen Präparate zu isoliren waren, zu den Fäden und den in den Fäden enthaltenen Stäbchen des Deckgläschenpräparates festzustellen.

An den Schnitten der Pilzkörner fiel eine weitere Besonderheit auf, welche mir zuerst die Idee einer Symbiose nahe legte: In der Mitte eines Korns bilden die wirr durcheinander liegenden Fäden einen Rasen, in welchem die einzelnen Exemplare sich nur auf kurze Strecken verfolgen lassen. Von ihm gehen in radiärer Richtung Fäden aus, welche die periphere Hälfte des Korns durchsetzen und an seiner kugligen Oberfläche enden. Während im Centrum die Fäden sehr dicht liegen, nehmen dagegen die aufsteigenden Fäden nur einen kleinen Theil der Peripherie ein. Sie sind in Büscheln angeordnet, welche nach aussen hin etwas

aus einander fahren. Und diese Büschel stehen stellenweise weit aus einander; grosse zwischen ihnen gelegene Partien sind frei oder nur von vereinzelten Fäden durchzogen. Auch in den Büscheln selbst stehen die Fäden nicht immer sehr dicht.

Am frischen Pilzkorn ist die Oberfläche bekanntlich gleichmässig feinkörnig, vorausgesetzt, dass die Conidien *Israel*'s fehlen. Jedes Korn entspricht dem Ende eines aufsteigenden Fadens. In auffallendem Gegensatze hierzu findet man an dem Schnitte nur an wenigen Stellen eine so dichte Lagerung der Fäden, wie sie dem Bilde des frischen Präparats entspricht; der weitaus grössere Theil der Peripherie ist ziemlich arm an färbbaren Fäden. Ich kann diesen Gegensatz nicht anders erklären als durch die Annahme, dass die Hauptmasse des Korns von Pilzen gebildet wird, die keinen Farbstoff annehmen.

Das Geschilderte bezieht sich auf den ersten und zweiten Fall. Anders verhielt sich das eine Pilzkorn, welches von dem dritten Fall zur Untersuchung auf Schnitten und zur Färbung nach *Gram* benutzt werden konnte. Aber das Ergebniss dieser Untersuchung ist erst recht geeignet, die Idee, dass verschiedene Pilze vorliegen, zu unterstützen.

Das Pilzkorn wird von einer dünnen Schicht einkerniger Eiterkörper umhüllt. Es lässt leicht ein grosses Centrum und eine radiär gestreifte Peripherie erkennen. Vom Radius des Korns fallen zwei Drittel auf ersteres, nur ein Drittel auf letztere. Das Centrum zeigt bei schwacher Vergrösserung in seiner einen Hälfte stark gefärbte, sehr unregelmässig gestaltete, vielfach zusammenfliessende Flecke; die andere ist ungefärbt oder enthält nur hie und da eine kleine Gruppe ähnlicher, aber sehr schwach gefärbter Flecke. Während die radiären Streifen der peripheren Zone in den beiden ersten Fällen schon bei 100facher Vergrösserung sich deutlich als feine Fäden zu erkennen geben, sieht man hier ziemlich breite gefärbte Streifen, die erst bei starker Vergrösserung sich auflösen lassen.

Es bestehen dieselben aus langen Reihen von ziemlich grossen Coccen, die zwar im Allgemeinen radiär verlaufen, aber in der mannigfachsten Weise gebogen sind, wellen- und korkzieherförmig mit gleichmässig und ungleichmässig hohen Biegungen; häufig sieht man zwei solcher Reihen sich gegenseitig umwinden und an dem peripheren Ende in einander umbiegen. Jeder der oben erwähnten Streifen besteht aus einem Büschel von solchen Reihen. Hie und da lassen sich die Coccen nicht deutlich erkennen; es scheint ein mehr gleichmässiger Faden vorzuliegen, aber von dem gleichen Verlauf wie die Coccenreihen. Ferner glaubt man manchmal kurze Stäbchen zu sehen, die aber z. Th. sich in eine gradlinige Reihe von 4—5 Coccen auflösen lassen. Vereinzelte Coccen sind nur sehr wenig zu sehen. Die centralen dunklen Flecke lassen sich z. Th. gar nicht auflösen, besonders in ihrer Mitte. Am Rande zerfallen sie in kleine Pilzgruppen, von denen jede einem mit Pilzen angefüllten Eiterkörperchen entsprechen könnte; jedoch sieht man keinen Kern. Auch hier liegen noch die gefärbten Gebilde so dicht, dass nicht alle einzelnen Formen deutlich werden; man erkennt vereinzelte Coccen, und kurze stark verschlungene Fäden, die z. Th. als Coccenreihen zu erkennen sind.

Wahrscheinlich liegt also hier der gleiche Pilz vor, wie in den radiären Streifen der Peripherie.

Dagegen finden sich in den Zwischenräumen zwischen den gefärbten Flecken, welche bei schwacher Vergrösserung farblos aussehen, und hie und da auch in der Peripherie eine andere Form von Pilzen, welche durch Gestalt und auch blassere Färbung sich von den Coccenreihen unterscheiden. Es sind feine Fäden, durch den mehr gradlinigen Verlauf scharf charakterisirt. Sie sind zwar auch vielfach leicht geknickt oder wellenförmig gebogen; aber gegenüber den stark verschlungenen Coccenreihen fällt dies weniger in's Auge. Man könnte stellenweise fast an Leptothrix denken. Von ihren weiteren Eigenschaften erwähne ich nur, dass sie hie und da Unterbrechungen zeigen, als wären sie aus Stäbchen zusammengesetzt, oder auch Unterschiede in der Intensität der Färbung darbieten, als wären es hohle Röhren mit Stäbchen oder Körnchen im Innern.

Weiter gehe ich nicht auf ihre Eigenschaften ein, da eine sichere systematische Einordnung doch erst auf Grund von Culturen möglich ist. Ich habe nur deshalb diese nach manchen Richtungen unvollständigen Mittheilungen nicht unterdrücken wollen, weil aus ihnen mit hoher Wahrscheinlichkeit sich ergibt, dass hier verschiedene Pilzformen in einem Actinomyceskern enthalten sind.

Auch die in der letzten Zeit sich mehrenden Fälle von acuter Actinomycose deuten vielleicht ebenfalls auf eine Combination der Actinomycose mit einer andern Pilzform hin.

Wenn man sich daran gewöhnen würde, auch die in Flüssigkeiten enthaltenen, durch Incision entleerten Actinomyceskörner auf feinen Schnitten zu untersuchen, so dürften sich vielleicht ähnliche Beobachtungen, wie die meinigen, wiederholen.

Vereinsberichte.

Zweiter schweizerischer Aerztetag in Lausanne.

(XXXV. Versammlung des schweizerischen ärztlichen Centralvereins)

25.—27. Mai 1888.

Präsident: Dr. *E. Haffter*, Frauenfeld. — Schriftführer ad hoc: Dr. *F. Dumont*, Bern.

Auf die für alles Gute stets empfänglichen Gemüther der Jünger Aesculaps hat der seitens des Präsidenten des Centralvereins erschollene Ruf: „Fahne hoch! Auf nach Lausanne!“ seine Wirkung offenbar nicht verfehlt. Strömten ja doch zum Aerztetag in Lausanne Mediciner aus allen Gauen unseres lieben Vaterlandes zahlreich zusammen, um für einige Tage an den schönen Gestaden des Léman frische Kräfte und fröhliches Leben für ihren schweren Beruf zu sammeln!

Während bereits Freitag Nachmittags, den 25. Mai, eine ziemlich stattliche Anzahl Collegen aus der Ost- und Mittelschweiz nach gemüthlicher Eisenbahnfahrt in Lausanne eintraf, kam doch erst am Abend in der Abbaye de l'Arc das Gros der Aerzte zusammen. Hier fand programmgemäss die Eröffnungssitzung der Société vaudoise de médecine statt, in welcher vorerst der Präsident, Dr. *Dupont*, die fremden Gäste herzlich willkommen heisst.

Dr. *Henri Secrétan* theilt hierauf einen interessanten Fall von **chronischer seröser Pleuritis** mit, bei welchem das Exsudat durch Lufteintritt nach Lungenruptur und Bildung eines abgesackten Pneumothorax vollständig entleert und der Patient in wenigen Tagen geheilt wurde. — Dieser Fall bietet eine gewisse Aehnlichkeit mit den von *Potain* gemachten Beobachtungen. *Potain* empfiehlt bekanntlich zur Behandlung von pleuritischen Ergüssen nach Pneumothorax Injectionen von sterilisirter Luft. Nach *Secrétan*

wäre aber dieser Ersatz der serösen starren Flüssigkeit durch ein elastischeres Medium wie die Luft nicht nur bei Pleuro-Pneumothorax indicirt, sondern überhaupt in allen chronischen serösen Ergüssen, welche durch die Thoracocenthese nicht vollständig entleert werden, und welche durch ihre Ausdehnung des Patienten Leben bedrohen können.

Dr. *Berdez* spricht **Ueber die Behandlung des Lungenemphysems.** Er weist an einem laparotomirten und tracheotomirten Kaninchen die wichtige Rolle der Bauchpresse nach, indem dieselbe dem Zwerchfelle seine exspiratorische Form und Stellung verleihe. Diese Bauchpresse kann in gewissen pathologischen Zuständen vermindert werden und die Ursache von Athemnoth werden. Das Tragen eines Bauchgurtes wird dann dem Uebel mit Erfolg steuern. Noch häufiger geschieht es aber, dass das Zwerchfell nicht höher steigt, weil das Lungengewebe selbst an Elasticität verloren hat. Auch hier kann man durch Tragen eines Bauchgurtes die Athmung bedeutend erleichtern. Die Elasticität des Lungengewebes wirkt in gleichem Sinne, wie der intraabdominelle Druck. Durch Erhöhung des Letztern, compensirt man den Verlust der Erstern. — Im Anschluss an seine Mittheilung stellt *B.* einen Patienten vor, bei dem diese Behandlungsmethode mit Erfolg angewandt wurde.

Dr. *Dufour* berichtet über vier Fälle von Augenverletzungen nach **Dynamitkapselexplosion.** Er hat gegenüber andern Verletzungen des Auges sich über die relative Gutartigkeit dieser Dynamitkapselexplosionen gewundert, indem bei keinem der erwähnten Fälle eine schwere Entzündung nach dem Trauma auftrat, welche die Enucleation des Auges nöthig gemacht hätte.

Dr. *Ladame* (aus Genf) theilt ein Bruchstück aus einer längern Arbeit mit, die er über die Behandlung sexueller Störungen beim Manne nächstens veröffentlichen wird. Er spricht speciell über die männliche Impotenz und ihre Behandlung. —

Nach dieser für eine Empfangssitzung wohl etwas zu reichlich mit wissenschaftlichen Tractanden bedachten Sitzung war man wirklich froh, sich an die frische Luft auf die Terrasse der Abbaye de l'Arc zu begeben, wo unter den fröhlichen Klängen eines Orchesters bald ein reges Leben sich entwickelte.

Samstag Morgens war von 8 bis $10^{1}/_{2}$ Uhr Besuch der Hospitäler angesagt. Dieser Besuch dehnte sich hauptsächlich auf das prächtig gelegene Cantonsspital, Augenspital, Irrenanstalt Bois de Cery, Kinderspital und orthopädisches Institut aus. Sagen wir es gerade zum Voraus, dass diese Demonstrationen des Interessanten und Schönen wirklich sehr viel boten.

Im Cantonsspital wurde auf der chirurgischen Abtheilung um 8 Uhr von Dr. *Mercanton* eine supravaginale Hysterotomie per Laparotomiam wegen sehr bedeutenden Fibroides coram publico gemacht, nachdem vorher der neue, nach allen Grundsätzen der Antisepsis eingerichtete Operationssaal demonstrirt worden. Derselbe erntete ungetheilte Anerkennung.

Um 9 Uhr begann Dr. *Roux* seine Spitalvisite und stellte eine Reihe hochinteressanter operirter Fälle vor, unter welchen wir die folgenden erwähnen wollen:

1. Einen 30jährigen Mann, dem er vor 9 Monaten wegen Osteosarkoms das ganze rechtseitige Os ilei von der Synchondrose bis zum Os pubis resecirt hat. Der Kranke geht, indem er sich auf einen Stock stützt. Er zeigt gegenwärtig zwei Narben, von welchen die eine, nach innen der vena femoralis beginnend, der plica inguinalis und dem absteigenden Schambeinaste entlang geht und 3 bis 4 cm. vom Anus endigt. Die andere beginnt an der Lacuna muscularis, geht mit der Crista ilei bis zur Synchondrosis, die er bis zum rechten Rande des Steissbeines verfolgt und endet ebenfalls 3 bis 4 cm. vom Anus.

2. Einen jungen Menschen mit ausgezeichnetem functionellem Resultate nach der Uranostaphyloraphie (Resection des hamulus pterygoideus). Der Patient besucht gegenwärtig das Gymnasium und ist im Stande, sich recht deutlich auszusprechen.

3. Zwei nach *Hortcloup* an Varicocele operirte Patienten (gleichzeitige Excision der Scrotalhaut und varicösen Venen). Bei dem einen dieser Patienten wurde zudem die

Ligatur zweier ausgedehnter Venen in der Continuität gemacht und die gleichzeitig bestehende Hydrocele operirt.

4. Verschiedene Patienten und Patientinnen, bei denen die Electrolyse nach *Apostoli* von Paris für Uterusfibroide und dann nach einer *Roux* eigenen Methode für die Prostatahypertrophie angewandt wurde.

5. Mehrere Fälle von Radicaloperation von Brüchen, bei welchen der Bruchsack nach einer *R.* eigenen Methode reponirt und vernäht wird.

6. Ein Mädchen mit vollständiger Lähmung des N. radialis nach Humerusfractur. Der gequetschte Nerv wurde gelöst, das vorspringende Knochenstück resecirt, das Periost zwischen beide hereingenäht, um den Nerven zu isoliren. Die Heilung trat nun vollständig ein, trotzdem Wochen lang jede electrische Reaction erloschen war.

7. Verschiedene Fälle von Kröpfen, die, wie an andern Orten, theils durch Enucleation, theils durch Ligatur oder partielle Resection behandelt wurden.

8. Endlich wird das Stehbett von *Nönnchen* bei Spondylitis demonstrirt, sowie der von *Roux* modificirte Suspensionsapparat zur Anlegung *Sayre*'scher Gypscorsets. Dieser *R.*'sche Apparat entlastet die Wirbelsäule um die Hälfte des Körpergewichtes.

Nicht weniger lehrreich als auf der chirurgischen waren die Demonstrationen auf der medicinischen Abtheilung des Cantonsspitales.

Dr. *Louis Secrétan* berichtete u. A. über zwei Fälle von Larynxstenose, die beide in Lyon im August 1881 nach einem mit kalten Bädern behandelten Typhus auftraten. Beim ersten Patienten handelte es sich bei seiner Aufnahme ins Cantonsspital im Jahre 1882 um eine partielle Anchylose der Aryknorpel mit Bildung von Narbensträngen an der Basis des linken Aryknorpels, um Asymmetrie und Stenose der Glottis, die an der breitesten Stelle nur 2 mm. mass. Die Symptome der Perichondritis traten im Stadium der Reconvalescenz auf und wurden so heftig, dass man dem Patienten die Tracheotomie vorschlug. — Nichtsdestoweniger erholte sich der Patient ohne Operation so weit, dass er nur ein Athmungshinderniss zurückbehielt, das ihn an der Ausführung schwerer Arbeiten hinderte. Die Inspiration war pfeifend und die Stimme tonlos. Patient wurde mit Tubage des Larynx nach *Schrötter* (harte Caoutschoucsonden) behandelt und wurde 1883 nach mehrfachem Aufenthalte im Spital geheilt entlassen.

Der zweite Patient musste im October 1881 tracheotomirt werden. Nach vier Monaten wurde die Canüle entfernt und die Wunde schloss sich rasch. Wegen zunehmender Dyspnoe musste nochmals tracheotomirt werden und wurde die Canüle jetzt nicht mehr entfernt. Nach zwei Jahren konnte er seine Arbeit theilweise wenigstens wieder aufnehmen. Im Spital zu Genf versuchte man im Jahr 1884 die dickere Canüle gegen eine dünnere zu vertauschen. Im September 1886 trat er wegen Pneumonie ins Cantonsspital in Lausanne ein. Damals konnte er nur durch die Trachealwunde athmen. Die Behandlung dieser durch die Anchylose des linkseitigen Aryknorpels bedingten vollständigen Stenose wurde im September 1886 mit der Einführung von Zinkconi nach *Schrötter* angefangen. Nach sieben Monaten bedeutende Besserung. Im October 1887 Wiederbeginn der Behandlung, am 31. December konnte die Canüle definitiv entfernt werden. Dank einer plastischen Operation ist die Trachealwunde bereits geschlossen und kann Patient als geheilt betrachtet werden.

Dr. *Rogivue* stellt folgende interessante Fälle vor:

1. Ein Empyem, bei welchem seiner Zeit von Dr. *de Cérenville* eine Rippenresection vorgenommen worden. Das Uebel recidivirte nach drei Jahren. Jetzt wurde der nach der Resection frisch gebildete Knochenpanzer trepanirt und wurde drainirt. Patient heilte ohne Zwischenfall.

2. Einen Fall von typischer Stenose der Aorta.

3. Eine Ischias, bei welcher *Rogivue* die *Debove*'sche Pulverisation mit Chlormethyl anwandte. Diese Methode der Behandlung hat *R.* sehr gute Resultate gegeben. Er hat sie bei ungefähr 30 Patienten mit Erfolg angewandt, nachdem alle andern angewandten Behandlungsmethoden fruchtlos geblieben.



4. Zwei Fälle von Bleilähmung, der eine die Extensoren, der andere den Deltoideus betreffend. Durch den constanten Strom und durch subcutane Strychnininjectionen wurde eine allmälige Besserung erzielt, die der definitiven Heilung sehr nahe steht.

Das Gebärhaus (Maternité) steht mit dem Cantonsspital im Zusammenhang und wird ärztlich von Dr. *Rapin* geleitet. Derselbe zeigte den Besuchern im Pavillon C. die wohleingerichtete Hebammenschule. Die Gebäranstalt befindet sich im Pavillon D. und traf man hier u. A.

1. Eine Frau, die in der 42. Woche der Schwangerschaft mit einem Fœtus niederkam, der schon seit circa 4 Monaten macerirt war. Dieser Embryo war also während ungefähr 6 Monaten im Uterus geblieben, ohne welche ernste Symptome zu erzeugen. — Die Geburt, durch Einführung eines Jodoformgazebausches in das Collum eingeleitet, verlief, wie das Wochenbett, ganz normal.

2. Eine Wöchnerin, die 24 Stunden nach einem Abortus im 4. Monate mit Fieber und übelriechendem Ausfluss in die Anstalt trat. Der Uterus wurde sofort ausgekratzt und Deciduareste entfernt. Andern Tages konnte die Untersuchung mit dem Speculum nachweisen, dass es sich um eine ausgedehnte Diphtheritis des Collum, der Vagina und Vulva handelte. Es wurde jetzt eine Behandlung eingeleitet, die sich College *Rapin* schon seit Monaten bewährt hat, nämlich die mit Terpentinöl. Es wurden nämlich täglich zwei Mal die Membranen mit reinem Terpentinöl betupft und häufige Injectionen von Terpentinwasser (ein Caffeelöffel auf einen Liter Wasser) gemacht. Nach fünf Tagen wurde die Temperatur, die früher auf 40° gestiegen, wieder normal und die falschen Membranen verschwanden ganz, ohne einem eitrigen Ausflusse Platz zu machen, wie dies bereits immer der Fall bei der bisher gebräuchlichen Behandlung mit Jodtinctur. Gegenwärtig ist Patientin wieder wohl und fieberlos.

Im Kinderspital wurden die Besucher von DDr. *Joël* und *Combe* empfangen. (Der Spitalarzt, Dr. *Mercanton,* war während der Zeit im Cantonsspital beschäftigt.) Nach Durchsicht der innern Einrichtungen wurden verschiedene kleine Patienten vorgestellt, von denen wir erwähnen:

a. Medicinisch: Ein Fall von eitriger Pleuritis, durch Rippenresection behandelt und in Heilung begriffen.

Ein im Kindesalter sehr seltener Fall von Rheumarthritis nodosa mit Sclerose aller Herzostien und der Aorta in ihrem ganzen Verlaufe.

b. Chirurgisch: Eine Radicaloperation einer Leistenhernie bei einem zweijährigen Knaben.

Eine Osteotomia duplex wegen genu valgum bei einem jungen Mädchen.

Eine Struma profunda, nach *Socin* behandelt.

Eine Resectio coxæ, eine Sequestrotomie der Tibia u. s. w.

Von den andern Eingangs erwähnten Krankenanstalten sind wir leider nicht im Falle unsern Lesern berichten zu können. Das jedoch konnten wir aus Gesprächen mit Collegen und persönlich constatiren, dass Jedermann, der den Spitalbesuch am einen oder andern Orte je nach seinen Neigungen mitmachte, nur Freude über das Gesehene und Gehörte empfand. Es sei uns daher gestattet, sämmtlichen Herrn Collegen, die sich mit diesen Demonstrationen befassten, den wohlverdienten Dank auszusprechen.

Nach dem Spitalbesuche versammelte man sich im Cercle du Beau Séjour, um sich mit einem Frühschoppen für die Hauptsitzung zu stärken!

(Fortsetzung folgt.)

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

Zweite Sitzung im Sommer-Semester 1888, Dienstag den 15. Mai
im Café du Pont (Kirchenfeld).

Präsident: Dr. *Schaerer.* — Actuar: Dr. *Dumont.* — Anwesend: 25 Mitglieder u. 3 Gäste.

1. Dr. *Dick* bringt eine **„Anregung, die Hebammenfortbildungscurse und die Stellung der Hebammen betreffend“.**

Da schon zu wiederholten Malen in der Centralversammlung der Aerzte und im cantonalen Vereine die Hebammenfrage besprochen, aber noch nichts erreicht wurde,[1]) so glaubt der Vortragende, es wäre angemessen, wenn sich die Aerzte bezirksweise zusammenthäten, um Hebammenfortbildungscurse zu veranstalten. Er schlägt daher vor, es solle die Stadt Bern mit gutem Beispiele vorangehen und es hätte sich zu diesem Behufe der Bezirksverein an die städtische Sanitätscommission zu wenden, damit, auf deren Veranlassung hin, baldigst ein Hebammencurs veranstaltet werden könne. Zudem möchte der Antragsteller Seitens der Gemeinde die unentgeltliche Verabfolgung der Desinfectionsmittel an die Hebammen, wenigstens für die Armenpraxis, eingeführt wissen und auch für die Verbesserung der socialen Stellung der Hebammen etwas thun und zwar durch Bezahlung eines Honorars für Besorgung von Armen, ohne natürlich der Poliklinik der Entbindungsanstalt ihr Unterrichtsmaterial schmälern zu wollen.

Nach einer längern Discussion, an der sich die Mehrzahl der Mitglieder betheiligt, wird beschlossen, die Anregung des Vortragenden zu begrüssen, die einzelnen Punkte derselben aber an eine Commission zu weisen, die in möglichst kurzer Zeit dem Vereine ihre Anträge vorbringen soll.

2. Dr. *Dumont* spricht **„Ueber Brucheinklemmung"** und theilt zwei Fälle nicht häufig angetroffener Incarceration mit. (Erscheinen in extenso.)

In der Discussion erwähnt Dr. *Dutoit* eines von ihm operirten interessanten Falles von Leistenbruch. Er wurde nämlich am 10. April, Abends 11½ Uhr auf's Land zu einer über Unterleibsschmerzen und Erbrechen klagenden Frau gerufen. Er erfuhr, dass Patientin, eine kräftige Frau von 39 Jahren, seit 18—20 Jahren eine Hernie hatte, für die sie stets ein Bruchband getragen; erst seit Neujahr hatte sie angefangen, dasselbe abzulegen. Bei seiner Ankunft constatirte er einen rechtseitigen Inguinalbruch von der Grösse eines kleinen Hühnereies, ausserordentlich gespannt, bei der Percussion tympanitisch, etwas schmerzhaft bei Druck. Etwas Auftreibung der Bauchdecken. Am 9. April hatte Patientin eine ziemliche Menge Chambardthee eingenommen und darauf am 10. April Vormittags einen ersten dünnen Stuhl gehabt; unmittelbar darauf traten die ersten Einklemmungserscheinungen (öfteres Aufstossen, Kolikanfälle, einmaliges Erbrechen) auf.

Die vorgenommenen Reductionsversuche, welche der Kranken äusserst schmerzhaft waren, erwiesen sich absolut erfolglos. *D.* verordnete eine Eisblase auf die Geschwulst, innerlich Eiswasser und etwas Cognac, und machte eine Morphiuminjection.

Am 11. April, Vormittags 7½ Uhr, fand er zu seiner grossen Verwunderung die Bruchgeschwulst verschwunden; zwischen 4 und 6 Uhr war nach einer ziemlich unruhigen Nacht die Kranke eingeschlummert, und wahrscheinlich war unter Einfluss des Eises der Bruch zurückgeschlüpft. Der leere Bruchsack war deutlich fühlbar, die Spitze des kleinen Fingers konnte in die Bruchpforte eindringen. Die Erleichterung, welche die Kranke empfand, war nicht vollständig; jedoch verspürte sie etwas Esslust. Ueber Tag Fortdauer des Brechreizes, kein Erbrechen, hie und da noch Kolikschmerzen, keine Flatus.

In der Nacht vom 11. auf den 12. April einmaliges Erbrechen; über Tag Steigerung der Antiperistaltik sogar bis zu Schluchzen. Abends um 7 Uhr eine ganz flüssige Stuhlentleerung, aber ohne Windabgang und ohne Erleichterung. Patientin bekam nichts als kalte Milch, laue Brühe, Eiswasser mit Cognac; Abends Morphiuminjection.

Als nach der erfolgten Stuhlentleerung auch am 13. Vormittags keine Erleichterung eingetreten war, ordnete er den Transport ins Burgerspital an.

Operation den 13. April, Nachmittags zwischen 2 und 3 Uhr. Ohne Schwierigkeit und bei sehr geringer Blutung wurde der Bruchsack blosgelegt und eröffnet; er war leer und erst bei Spaltung des Leistencanals selbst traf Ref. auf eine in demselben eingeklemmte Darmschlinge, welche sich in ganz gutem Zustande befand. Die Reposition

[1]) Gegenwärtig beschäftigt sich die schweizerische Aerztecommission mit der wichtigen Angelegenheit und wird allernächstens mit dem eidg. Departement des Innern darüber in Verhandlung treten. Red.



gelang ohne Mühe. Der Bruchsack wurde nun mit Catgut sorgfältig zugenäht, die Wunde mit Seide ganz geschlossen. Der Verlauf war gänzlich fieberlos, die Heilung erfolgte ohne Eiterung. Unmittelbar nach der Operation bekam Patientin innert den ersten 12 Stunden 8 flüssige Stühle mit reichlichem Windabgang.

Merkwürdig waren in diesem Fall die spontane Reduction der Hernie am Abend des ersten und die Stuhlentleerung am Abend des dritten Tages; allein, da die Antiperistaltik trotzdem noch fortdauerte, musste absolut ein Eingriff unternommen werden. Die bei der Eröffnung vorgefundene Einklemmung im Leistencanale rechtfertigte denselben auch vollkommen. Die Stuhlentleerung erklärt sich am ehesten dadurch, dass ein Theil des durch das Laxans producirten flüssigen Stuhls sich im Momente der Einklemmung schon jenseits der in den Leistencanal eingedrungenen Darmschlinge befand.

Referate und Kritiken.

Die Actinomycose des Menschen

vom klinischen Standpunkte besprochen von *Ernst Partsch*.
v. Volkmann's klin. Vorträge Nr. 306/7.

Vorliegende Arbeit ist eine ausgezeichnete Monographie über die Actinomycose, deren Werth durch den bescheidenen Umfang (53 Seiten), die concise Form und erschöpfende Behandlung des Stoffes noch erhöht wird. Jedem, der sich über die so interessante Krankheit Aufschluss verschaffen will, ist die Arbeit zu empfehlen.

Da im vergangenen Jahre und in Nr. 8 des jetzigen Jahrganges Collega *Münch* in unserem „Corresp.-Blatte“ an der Hand eines von ihm beobachteten Falles das Krankheitsbild bereits geschildert[1]), so begnüge ich mich mit wenigen Angaben.

Gegenüber den andern chronischen Infectionskrankheiten nimmt die Actinomycose eine Sonderstellung dadurch ein, dass sie das Lymphsystem des Körpers nicht in Mitleidenschaft zieht; sie macht als solche keine Lymphdrüsen-Metastasen, und falls Lymphdrüsen-Schwellungen vorkommen, müssen sie als entzündliche aufgefasst werden. Sie führt nicht zu Dyskrasie; sie ist im Beginne eine ausgesprochen locale Erkrankung, und nur wenn der primäre Herd in ein grösseres Gefäss durchbricht, so ist durch die Blutbahn eine Metastasirung in entfernteren Organen möglich.

Die ätiologisch wichtigen Momente werden in folgenden Sätzen resümirt: Der Strahlenpilz lebt wahrscheinlich auf Körnerfrüchten, namentlich der Gerste, als Parasit und kommt vorwiegend mit der Athmungsluft oder mit der Nahrung in den menschlichen Körper hinein. Hier kann er in den Höhlen cariöser Zähne oder in den Taschen der Mandeln Schlupfwinkel finden, in denen er sich lange Zeit erhält, bis durch irgend eine Veranlassung ihm Gelegenheit geboten wird, in die Körpergewebe einzudringen. Dies wird in den meisten Fällen von der Schleimhaut der Körperhöhlen aus erfolgen, seltener von anderen Stellen der Körperoberfläche. Im letzteren Falle wird sicher, im ersteren kann eine Verletzung der schützenden Epitheldecke die Einwanderung des Strahlenpilzes vorbereiten.

Die Therapie besteht in Totalentfernung der kranken Theile, wenn dies nach ihrer Lage möglich ist; andernfalls in einem energischen Evidement mit Ausstopfung der Wundhöhlen mit Sublimat- oder Borsäure-Tampons. Unter feuchten Verbänden mit antiseptischen Lösungen, besonders starker Borlösung bei gleichzeitigen parenchymatösen Injectionen von Sublimat 1‰ oder Borsalicyl schwinden die letzten Residuen. Bei tief gehenden, stark secernirenden Fisteln, zumal bei abdomineller Actinomycose verspricht das permanente Bad Erfolg. Innerlich wird das von *Braun* empfohlene Liq. kal. arsen. mit Tinct. Rhei vinos. oder Tinct. chin. zur Resorption der actinomycotischen Massen verordnet.

Ein vollständiges Literatur-Verzeichniss bildet den Schluss der Arbeit. *Kaufmann*.

[1]) Vide auch in Nrn. 11 und 12 des Corresp.-Blattes, Jahrgang 1888, die Arbeit von Herrn Prof. *Langhans* über Actinomycose.



Impfung, Impfgeschäft und Impftechnik.

Von Dr. *M. Schulz*. Ein kurzer Leitfaden für Studirende und Aerzte. Berlin, Enslin 1888.

Die Schrift zerfällt in zwei Theile, einen ersten, welcher „die Impfung", einen zweiten, welcher „die Ausführung des deutschen Impfgesetzes" behandelt. Der erste Theil ist für denjenigen, der den Gegenstand schon etwas kennt, überflüssig, für denjenigen, der ihn noch nicht kennt, etwas zu cursorisch. Der Nutzen der Impfung, die Einwände der Impfgegner sollten entweder gar nicht oder gründlicher besprochen werden; dem — der Natur des Gegenstandes nach vorgerückten — Studirenden, wie dem Arzte sollte bei der „Dauer des Impfschutzes" doch die Entwicklung der practisch und theoretisch gleich wichtigen Frage, ob und welchen zeitlichen Schwankungen die durch Vaccination erworbene Immunität unterworfen ist, wenigstens angedeutet werden, u. s. w.

Der Werth der Schrift für Sanitätsbehörden und Aerzte, welche mit dem Impfen zu thun haben, beruht auf dem zweiten Theile, worin die ganze Regelung des Impfgeschäftes und die Impftechnik nach den in Deutschland, insbesondere in Preussen gültigen Bestimmungen klar dargelegt wird, unter Beilage aller Formulare für Impflisten, Zeugnisse etc. Auch in diesem Theile wäre da und dort etwas weniger dogmatische Kürze am Platze gewesen. Wenn wir z. B. erfahren, dass Zusätze, wie Thymol, zur Glycerinlymphe nicht nur überflüssig, sondern „in Deutschland nicht mehr erlaubt" seien, so wäre es doch interessant zu erfahren, warum eine u. A. von einem so hervorragenden Fachmanne wie *Voigt* seit Jahren geübte Conservirungsmethode nun auf einmal verboten ist. Mediciner sollen doch nicht nur, wie Unterofficiere, ihr Reglement befolgen; sie wollen und sollen als wissenschaftliche Individuen auch über die Gründe ihres Thuns und Lassens im Klaren sein.

Lotz.

Ueber complicirte Pankreaskrankheiten und deren chirurgische Behandlung.

Von Dr. *Karl Hagenbach* aus Basel. — Basler Dissertation 1887. 8°. 37 Seiten.

Verf. theilt zwei höchst interessante Fälle von Pankreastumoren aus der *Socin*'schen Klinik mit, welche nach ihren Erscheinungen für acuten Ileus und für einen den Ductus choledochus verschliessenden Gallenstein gehalten wurden. Erst die Operation und beim zweiten Falle die Section ergaben den richtigen Aufschluss. — An der Hand dieser zwei Fälle geht Verf. auf einige ihm besonders bemerkenswerthe Momente der Pankreaskrankheiten ein. Er bespricht zunächst die Cysten des Pankreas, dann dessen Hæmatome und apoplectische Cysten, ferner die durch Pankreaskrankheiten bedingten Compressionsstenosen des Darmes und zuletzt die operative Behandlung des durch Pankreastumoren bedingten Verschlusses des Ductus choledochus. Ueberall ist die einschlägige Literatur ziemlich vollständig benutzt.

Dass die Diagnose der complicirten Pankreaskrankheiten in vielen Fällen unüberwindlichen Schwierigkeiten begegnet, darf uns um so weniger Wunder nehmen, als ja noch immer die Mehrzahl der einfacheren Pankreasgeschwülste erst bei der Autopsie erkannt wird. Von solchen Fällen, deren es in der medicinischen Literatur genug gibt, seien nur zwei neuere erwähnt:

Der eine betrifft einen Patienten aus der *Biermer*'schen Klinik und wurde in der Dissertation von *W. Kühnast* (Breslau 1887) veröffentlicht; der andere wurde von *Musser* (American Journal of the medical Sciences) beschrieben.

In Bern hatten wir letzten Winter Gelegenheit, in der *Kocher*'schen Klinik eine Pankreascyste intra vitam diagnosticirt zu sehen. Der operirte und dann geheilte Patient wurde dem medicinischen Bezirksverein vorgestellt. Näheres darüber findet der Leser in diesem Blatte in den Verhandlungen des medicinischen Bezirksvereins von Bern vor.

Dumont.

Vorschläge für die Einrichtung von Ordonnanz-Kriegsfuhrwerken zum Verwundeten- und Krankentransport.

Von Major Dr. *Louis Frölich*, Instructionsofficier I. Classe der schweiz. Sanitätstruppen. Sep.-Abdr. aus „Blätter für Kriegsverwaltung".

Erfahrungsgemäss genügt nach grössern Gefechten die Zahl der reglementarischen Krankentransportwagen nie. Man trifft deshalb in allen Militärstaaten das Bestreben, die übrigen Heeresfuhrwerke improvisatorisch zum Verwundetentransport im Felde einzu-

richten. — Seit 4 Jahren hat der Verf. in Sanitätsrekrutenschulen etc. practische Versuche nach dieser Richtung gemacht und zeigt nun, dass zahlreiche Ordonnanskriegsfuhrwerke unserer schweizerischen Armee mit dem einfachsten Material (wie Ausrüstungsgegenstände, Holz, Laden, Stangen, Latten, Reisig, Stroh, Stricke, Nägel) und mit wenigen Werkzeugen (Faschinenmesser, Hammer) thunlichst und schnell für den Krankentransport hergerichtet werden können. Gewisse dabei mit Vortheil zu benützende Details sind genau beschrieben und abgebildet. *Haffter.*

Handbuch der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studirende.

Von Dr. *Wilhelm Kirchner*, Docent der Ohrenheilkunde an der königlichen Universität Würzburg. 2. Auflage. Mit 41 Abbildungen in Holzschnitt.
Berlin, Verlag von Friedrich Wreden. 1888.

Unter den neuern Handbüchern der Ohrenheilkunde erfreut sich mit Recht das *Kirchner*'sche sowohl bei practischen Aerzten als bei Studirenden grosser Beliebtheit. Der Verfasser hat es verstanden, in einfacher klarer Sprache den strengwissenschaftlichen physiologischen und pathologisch-anatomischen Theil angenehm zu machen und den für viele noch vorwaltend angenehmen therapeutischen Theil streng wissenschaftlich zu gestalten. Den einzelnen Abtheilungen des Ohres ist in übersichtlicher Systematik Rechnung getragen. Mit besonderem Fleiss sind die Abschnitte über Eiterungen der Paukenhöhle und deren consecutive Zustände, sowie über die so vielfach übersehenen Affectionen des Labyrinthes behandelt. Die Lectüre des angenehm compendiösen Bandes von 218 Seiten wird jeden Leser befriedigen und nicht ohne practisch wichtige Früchte bleiben. Druck, Papier und Illustrationen sind lobenswerth. *Rohrer*, Zürich.

Untersuchungen über die Veränderungen des Bluts in der Schwangerschaft.

Von *Paul Meyer*. Inaugural-Dissertation. Bern, 1887.

M. bediente sich zu seinen Untersuchungen sowohl der Zählungsmethode der Blutkörperchen, als auch der Hämoglobinbestimmung (mittelst des *Fleischl*'schen Apparates). Dieselben wurden zunächst an 10 nicht schwangern Hebammenschülerinnen gemacht, die seit 7 Monaten in der Anstalt lebten, und sodann an 37 gesunden Schwangern und zwar 1) in der Schwangerschaft, 2) am 2.—5. Tage nach der Geburt (meist am 2.), und 3) am 10.—19. Tage nach der Geburt (meist am 11. oder 12.). Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sind: 1) Der Hämoglobingehalt von gesunden Nicht-Schwangern der Bernergegend scheint den von *Fleischl* bestimmten Mittelwerth von 93% meist nicht zu erreichen; ein aus 10 Untersuchungen berechneter Mittelwerth bleibt hinter jenem um 7,6% zurück. 2) Im Blut von schwangern Frauen, die sich in den letzten Monaten befinden, ist die Menge der rothen Blutkörperchen und des Blutfarbstoffs vermindert; diese Verminderung beträgt zu Anfang des letzten Schwangerschaftsmonats 0,70 Mill. Blutkörperchen pro 1 ccm. Blut und 7,8% Hämoglobin im Mittel. 3) Kurze Zeit nach der Geburt findet man die Anzahl der rothen Blutkörperchen und die Menge des Blutfarbstoffs meist bedeutend vermindert (wohl auf Rechnung der unter der Geburt erfolgten Blutungen aus den Genitalien zu setzen). 4) Nach erfolgter Geburt findet im Wochenbette wieder eine Vermehrung der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobingehalts statt. Diese Vermehrung war in einer Reihe der beobachteten Fälle so bedeutend, dass schon zwei Wochen nach der Geburt die betreffenden Werthe höher waren, als die bei derselben Frau in der Schwangerschaft gefundenen. *Roth* (Winterthur).

Zur Antisepsis in der Geburtshülfe.

Von *Kaltenbach*. (*Volkmann*'s Vorträge Nr. 295. Juni 1887.)

K. bespricht in diesem Vortrag die Selbstinfection und ihre Prophylaxis, durch deren Ausübung erst unser System der geburtshülflichen Antisepsis zu einem vollkommenen Abschluss gelangen kann. Die Frage, ob eine Selbstinfection annehmbar sei und nicht jede Infection auf einer Uebertragung von aussen beruhe, wird von ihm entschieden bejaht; denn nur durch Annahme einer solchen sind die Fälle von sporadischen Erkrankungen an Puerperalfieber zu erklären. Er versteht unter Selbstinfection einen Vorgang, bei dem nur solche Krankheitserreger zur Wirkung gelangen, welche sich schon vor der Geburt im

Genitalcanal und seiner nächsten Umgebung befanden. Räumlich und zeitlich stehen sonach Uebertragung von aussen und Selbstinfection einander sehr nahe; beide Formen der Infection kommen auch durch dieselben Momente zu Stande (einfache Untersuchung, manuelle und instrumentelle Manipulationen, Geburtstrauma, Tamponade, zurückgehaltene Eihaut- und Placentareste; auch im Spätwochenbett besonders gern bei der sog. intermediären Dammplastik, auch durch einfache Entfernung von Dammnähten). Die Prophylaxis besteht in einer genauen Desinfection des Geburtscanals und seiner nächsten Umgebung vor der Geburt, vor jeder Untersuchung und jedem Eingriffe.

Roth (Winterthur).

Handbuch der allgemeinen chirurgischen Pathologie und Therapie.

Von Dr. *A. Landerer* (Leipzig). Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien.

Der Mangel eines guten Lehrbuches der allgemeinen Chirurgie scheint allseitig empfunden worden zu sein. Die neuesten Auflagen von *Billroth*'s berühmter Allgemeiner Chirurgie konnte der Verfasser *Winiwarter* nicht mehr auf der Höhe der Zeit erhalten. Nun folgen sich in kurzen Zwischenräumen: *König*, *Landerer*, *Fischer* und *Tillmanns* mit einer Bearbeitung des gleichen Themas.

Landerer bringt den Stoff in Vorlesungen unter. Es liegt uns die bisher erschienene erste Hälfte seines Buches vor. In seiner Darstellungsweise — die übrigens sehr anregend und anschaulich ist — lehnt sich der Verfasser eng an die allgemeine Pathologie an. Von deren Grundsätzen aus beleuchtet er die einzelnen Capitel der chirurgischen Pathologie. Dem entsprechend finden wir die Vorlesungen über Entzündung und über Wundheilung ganz vorzüglich ausgearbeitet, die, illustrirt durch Darstellung microscopischer Bilder, das Beste bieten, was in diesem Gebiete zur Darstellung gelangt ist.

Die übrigen Vorlesungen reihen sich diesen ebenbürtig an. Die Eintheilung des Stoffes ist übersichtlich und klar. Wir hoffen, dass die 2. Hälfte dieses Buches, in ähnlicher Weise ausgearbeitet, sich würdig an den ersten Theil anfügen wird.

Druck und Ausstattung verdienen alles Lob. *Garrè.*

Klinische Vorträge von H. v. Ziemssen.

VIII. Vortrag. V. Respirationsapparat.

1. Die Aetiologie der Tuberculose.

Leipzig, Vogel. 1887. 21 Seiten.

Der Vortrag enthält eine gedrängte Zusammenstellung der neuen Anschauungen, welche die Entdeckung des Tuberkelbacills in den verschiedenen pathologischen Beziehungen herbeigeführt hat. In Rücksicht auf die Erblichkeit sind wir nicht zu grösserer Einsicht gekommen und deshalb mehr auf die Uebertragung auf indirectem Wege angewiesen: Naher Verkehr in der Familie, Milch etc., doch kann besonders mit Rücksicht auf die enorme Häufigkeit der Krankheit bei der Descendenz von Tuberculösen die Erblichkeit kaum entbehrt werden. Mit Bezug auf die lange Latenz der Tuberculose im Kindesalter muss an einer frühen Infection festgehalten werden, die als Drüsentuberculose latent bleibt, bis eine intercurrente Krankheit (z. B. Masern) sie wachruft. Auch über die Disposition kommen wir zunächst nicht hinaus, trotzdem ihr inneres Wesen uns unbekannt ist. Für Erwerbung derselben ist besonders Mangel frischer Luft und genügender Muskelaction im Freien von Bedeutung (Gefängnisse, Klöster, Fabriken, auch Spitäler, wo namentlich die grosse Sterblichkeit der barmherzigen Schwestern auffällt). Mit der Erhebung über die Meeresfläche steht die Häufigkeit der Affection in umgekehrtem Verhältniss, wie denn auch die Microben sich mit derselben rasch vermindern. Eine gewisse Gefahr bieten auch Erziehungsanstalten u. dgl.

Werden in pneumonischem Auswurf *Koch*'sche Bacillen gefunden, so soll dies beweisend sein für das Bestehen einer tuberculösen Pneumonie.[1])

---

[1]) Die Richtigkeit dieser Ansicht darf mit Recht bezweifelt werden; denn es ist doch ganz gut denkbar, dass auch bei einem Tuberculösen eine genuine Pleuro-Pneumonie, also eine Infection durch den *Fränkel*'schen oder *Friedländer*'schen Pneumococcus auftritt. In diesen Fällen müssten der letztere und der *Koch*'sche Bacillus im Sputum zu finden sein, ohne dass man deshalb von einer tuberculösen Lungenentzündung im eigentlichen Sinne des Wortes sprechen könnte. Letztere Bezeichnung passt — strenge genommen — nur für Pneumonien, welche der *Koch*'sche Bacillus direct und allein hervorgerufen hat. Ref.



Es ist weiterhin beobachtet worden, dass bisher Gesunde aus Anlass von kleinen Verletzungen (Schnitt, Zahnextractionen etc.) Drüsenanschwellungen bekamen, welche Riesenzellen mit Bacillen enthielten.

Im Allgemeinen scheint bei Kindern der Eintrittsweg für die Bacillen der Nahrungstract, bei Erwachsenen der Athmungsapparat zu sein, wobei ein gewisser pathologischer Zustand der betreffenden Gewebe angenommen werden muss. Normale Verdauungsfunction wird die Bacterien keimunfähig machen. In den Lungen dürften dieselben wie gewisse Fremdkörper von Zellen aufgenommen werden und von denselben in einer nicht näher bekannten Weise unschädlich gemacht, gewissermaassen verdaut (Phagocyten *Metschnikoff*'s; wir verweisen für diese interessante Theorie auf's Original). — In Bezug auf die Localisation in den Lungenspitzen sprechen gewichtige Gründe für die *Hanau*'sche Ansicht, wonach nicht mangelhafte Inspiration, sondern im Gegentheil sehr erleichterte Inspiration mit erschwerter Exspiration an derselben Schuld ist. — Die Kehlkopftuberculose endlich ist fast stets secundär, doch seltener durch's Sputum als von innen heraus, durch die Blutströmung. *Trechsel.*

Cantonale Correspondenzen.

Bern. Den 25. Mai abhin starb, 72 Jahre alt, Herr Dr. *R. Eberhard*, der mit Ausnahme des ersten Jahres seiner Praxis, das er in Wynigen zubrachte, eine segensvolle, ausgedehnte Thätigkeit sowohl als Arzt wie als Bürger in Utzenstorf und Umgebung entfaltet hatte. Harte Schicksalsschläge, Krankheiten, besonders eine schon in seinen besten Jahren aufgetretene Disposition zu Rheumatismus und Gicht, die ihn die letzten 10 Jahre an das Zimmer bannte, vermochten nicht, die geistige Frische und stete Theilnahme an den Fortschritten der medicinischen Wissenschaften abzuschwächen. Mit stoischem Gleichmuth konnte er, der in gesunden Tagen so freudig ärztliche Versammlungen besucht und gerne mit Collegen Gemüthlichkeit gepflegt, seit 1877 es in seinen vier Mauern aushalten; und da waren es besonders die Stunden, die er mit dem Lesen des „Correspondenzblattes" zubrachte, auf die er sich jeweilen freute. Leider wurde auch dieser Genuss in letzter Zeit geschmälert, indem heftige Kopfschmerzen den Vielgeprüften Tage lang am Lesen verhinderten, so dass der Tod ihm eine willkommene Erlösung war. Ehre seinem Andenken. *St.*

Bern. (Correspondenz aus Aix-les-bains (Savoyen) vom 1. Juni 1888.) Die schönen Tage von Lausanne-Aranjuez sind nun zu Ende und wohl die weitaus grösste Mehrzahl der daselbst zu ernster Arbeit und froher Lust versammelt gewesenen Collegen längst zu den Penaten zurückgekehrt. Mögen sie am herrlichen Lemanstrande neue Kraft und Arbeitslust geschöpft und gleich dem Schreiber dieser Zeilen sich erwärmt haben an den Sonnenstrahlen herzlicher Collegialität und wahrhaft splendider Gastfreundschaft, wie sie uns in Lausanne und Montreux-Glion entgegengeleuchtet haben! Von all den schönen Reden und Gesängen freilich, die da droben in den eleganten Räumen des „Righi vaudois" erklangen und erklungen sein mögen bis spät in den Abend hinein, hat der Unterzeichnete nicht mehr viel gehört, da der unerbittliche und doch so reizende „Funiculaire" ihn mit noch einigen andern Collegen bereits vor 3 Uhr dem geselligen Theil der Tafelfreuden entzog. Das Ziel meiner Reise hiess Aix-les-bains. Dasselbe sollte jedoch nicht im Sprung, sondern in mässigen Etappen und unter gehöriger Würdigung all' der anziehenden Punkte erreicht werden, mit denen diese gottbegnadete Gegend so überaus reich gesegnet ist. Genf, die altehrwürdige Stadt Calvin's, mit ihrem grossstädtischen, rastlos pulsirenden Leben, mit ihren herrlichen Brücken, Anlagen, Museen, Spitälern, Kirchen und Denkmälern, mit der prachtvollen Academie und dem prunkhaft ausgestatteten Theater: dieses Paris en miniature, wo, wie kaum in einer zweiten Stadt der Schweiz, ungezählte Kunstschätze aufgespeichert liegen, möchte wohl manch einen von harter Winterarbeit erschöpften Collegen zu längerem Aufenthalte anlocken. Und auch wir trennten uns nach kaum $1^1/_2$tägiger Rast nur ungern von den mannigfachen, Auge und Ohr erquickenden Genüssen.

Wer von Genf aus nach Aix-les-bains reisen will, dem kann die neue Route über Annemasse und Annecy wirklich sehr empfohlen werden. Sie bietet so reiche Abwechs-

lung an hübschen landschaftlichen Bildern, dass das kleine Plus an Fahrzeit, das diese Linie gegenüber der ältern über Bellegarde-Culoz beansprucht, kaum in Betracht fallen kann. Schon die Fahrt von Genf nach Annemasse mit dem Dampftram (im vorigen Monat ist auch die Eisenbahnlinie eröffnet worden), Anfangs mitten durch die reich belebte, elegante Rue du Rhône, später durch ein wunderschönes Villenquartier, zuletzt durch die ansehnliche Vorstadt Chêne, ist überaus reizend und unterhaltend. Annecy, der uralte Bischofssitz und Hauptort des Département de la Haute-Savoie, malerisch am Nordende des gleichnamigen See's gelegen, erhält einen höchst pittoresken Anstrich theils durch die kreuz und quer die Stadt durchziehenden Canäle, theils durch Arcaden und altersgraue Häusergruppen in den ältesten Stadttheilen. — Doch wir eilen weiter und sind nach einer Eisenbahnfahrt von kaum $1^1/_2$ Stunden endlich am Orte unserer Bestimmung, in Aix-les-bains, angelangt.

Vor dem Bahnhof eine endlose Reihe von Hôtel-Omnibus und sonstigen Fuhrwerken aller Art. Der überaus rege Verkehr auf allen Strassen des sanft an einen Hügelzug sich anschmiegenden saubern Städtchens, das im Osten von dem prachtvoll gelegenen, weithin sichtbaren Splendide Hotel überragt wird, sowie die Unmasse von Hôtels, Pensionen, Café-Restaurants, Chambres garnies und Chambres à louer lassen den Ankömmling sofort ahnen, dass er sich hier an einem Knotenpunkte grossartigsten Fremdenverkehrs befindet. — In der That ist die jährliche Frequenz der Curgäste in den letzten Jahren bis auf 25,000 angewachsen, woraus sich erklären lässt, dass in Aix mit seinen 5000 Einwohnern so zu sagen jedes Haus zugleich Pension oder Gasthof ist.

Mit einer eingehenden geographisch-topographischen Beschreibung des Curortes und seiner herrlichen Umgebungen will ich die Leser des „Corr.-Blattes" nicht ermüden. Ich an meinem Theil finde die Lage desselben in einem schmalen, nach Ost und West von grünen Hügelzügen und bewaldeten Bergrücken begrenzten, mit üppigen Wiesen und herrlichen Fruchtbäumen bepflanzten Thales unsäglich reizend. Leider ist der 4 Stunden lange und 1 Stunde breite Lac du Bourget vom Städtchen aus nicht sichtbar, wird aber von der nahe gelegenen Colline de Tresserve in seiner ganzen Ausdehnung überschaut.

Das grösste Interesse beansprucht selbstverständlich das Etablissement thermal, ein Colossalbau von gewaltigen Dimensionen und trefflichster innerer Einrichtung. Von seiner westlichen Hauptfaçade flattert stolz die Tricolore. Der französische Staat ist Eigenthümer der Thermen von Aix und betreibt das ganze Geschäft auf eigene Rechnung. Das Wartpersonal (Doucheurs und Doucheuses, Masseurs und Masseuses, Concierges etc.) besteht aus ca. 200 Personen, wozu noch gegen 50 Träger (Porteurs) kommen. Während der haute saison werden täglich ca. 1200 Bäder, 2000 Douchen und 200 Inhalationen verabfolgt. In dem Labyrinth von Gängen, Treppen, Vestibülen und Räumen aller Art kann sich der Neuling ohne Führer kaum zurechtfinden. Im Ganzen enthält das Etablissement 130 verschiedene Baderäume, worunter 48 Badkammern, 51 Douchen, 2 Inhalationssäle, 8 salles de pulvérisation, 11 cabinets de vapeur (vaporium und bouillon), 4 aufsteigende, 4 Fussdouchen; ferner douches de colonne, douches en cercle, douches d'enfer (Temp. 45° C.), douches du centre, douches locales, douches écossaises. Die Badkammern sind enorm hoch, gut ventilirt, mit isolirt stehenden, bequemen Badewannen aus Zinkblech versehen. Die Temperatur der Bäder kann von 14—43° C. variirt werden. Ausser diesen Badkammern gibt es noch 6 Piscinen (Schwimmbassins), wovon 2 sehr grosse mit einer constanten Temperatur von 35° C.

Von den beiden in einer Entfernung von 80 Meter von einander hervorsprudelnden Quellen heisst die eine Source de Soufre (45—46° C), 1000 Meter tief entspringend, die andere Source d'Alun (44—45° C.). Beide zusammen liefern in 24 Stunden ca. 4 Millionen Liter Thermalwasser. Rechnet man hiezu die zur Mischung erforderlichen 2 Millionen Liter kaltes Wasser, so ergibt sich für den täglichen Verbrauch die enorme Quantität von 6 Millionen Litern Wasser, die in 4 grossen Reservoirs zur Verfügung stehen.

Es würde nun natürlich viel zu weit führen, im Detail auf die ganze Curmethode mit all ihren Indicationen und Variationen einzutreten. Hierüber lassen sich, wie experimentia docet, ganze Bücher und weitschweifige Abhandlungen schreiben.

(Schluss folgt.)

Waadt. Drei Fälle von Stottern durch Hypnotismus behandelt. (Schluss.)

Fall III. A. D., 23jähriger Jüngling. War als kleines Kind dick, fett, gute Farbe; Convulsionen im Alter von $^1/_2$—1 Jahr, erbrach dabei einmal Würmer; machte später die Kinderfieber durch (Rötheln, Scharlach?); Eczeme soll er nie gehabt haben. Er wuchs langsam, war in der Schule einer der Kleinsten. Er lernte schwierig; der Pfarrer befragte ihn nicht im Religionsunterricht, weil er zu viel Mühe hatte zu antworten. Er war stets gutmüthig; er erzürne sich jedoch seit seiner Kindheit schnell, komme aber ebenso schnell wieder zu sich und bereue dann sein Aufbrausen.

Stottern bestehe seit frühester Jugend. Er könne fast nicht anfangen zu reden, und wenn er angefangen, nicht fortfahren; es seien nicht gewisse Worte oder Laute, deren Aussprache ihm Schwierigkeiten mache, sondern er stottere bei allen Worten. Es schien dem Vater, als ob er weniger stottere, wenn er sich vor den Leuten genire, er rede dann langsamer und besser. —

Status præsens: Pat. ist für sein Alter von kurzem Körperbau; bartloses Gesicht; Pupillen nicht erweitert, reagiren gut; Nasenschleimhaut geröthet und geschwellt, Pat. soll öfters niessen, sei dem Schnupfen unterworfen; keine Anomalie der Zunge oder des Zäpfchens, Röthung der Gaumenbögen, Vergrösserung der Mandeln; einige Halsdrüsen, keine Struma. Brustkorb im Verhältniss des Körperbaues entwickelt, Percussion und Auscultation der Lunge und des Herzens ergibt keine Anomalie. Die Musculatur ist ordentlich entwickelt, nicht schlaff; das Aussehen des Patienten ein gesundes. Pat. ist etwas benommen und aufgeregt, kann oft lange nicht anfangen zu sprechen, bringt ein oder zwei Worte heraus, verschluckt dabei einzelne Laute, sagt z. B. statt Monsieur „Msieur“; nach einigen Worten kommt wieder ein neues Hinderniss: Pat. stammelt und stottert zugleich; die Stimme ist näselnd. Er sagt, dass ihm nichts fehle, der Appetit und Stuhl seien gut, der Schlaf ruhig. Er ist als Knecht engagirt und der Meister soll mit ihm zufrieden sein.

Vor 2 Jahren behandelte ich A. D. an Anæmie und einer Coordinationsstörung der obern Extremitäten: Pat. konnte damals kein Instrument führen, hielt er z. B. einen Hammer und wollte damit zuschlagen, so entfiel ihm derselbe oder er schlug damit zur Seite. Auf Chinin und Eisen verbesserte sich sein Zustand auffallend rasch, so dass Pat. nach 3—4 Wochen wieder seinen Dienst versehen konnte.

Der Vater des Pat. ist ebenfalls klein, spricht aber sehr geläufig; die Mutter ist dick, mittlerer Grösse, spricht schwerfällig, ohne gerade zu stottern. Ein älterer Bruder des Pat. soll ebenfalls stottern, jedoch nicht so stark.

26. December 1887. Erste Hypnose, gelingt leicht, Schlaf tief mit theilweiser Amnesie beim Erwachen, suggestive Catalepsie ausgesprochen. Zu Anfang der Hypnose war das Athmen wie saccadirt, wurde aber durch beruhigende Suggestionen regelmässig und ruhig. Suggestionen indirect zu der ihn begleitenden Person: er werde, wenn er erwache, schon viel besser reden, er rede nicht zu schnell, aber deutlich und sei dabei nicht aufgeregt; er werde uns ganz deutlich bon jour sagen können.

Nach dem Erwachen sagte er vollkommen deutlich bon jour und als ich darauf ein Gespräch mit ihm anfing, waren wir nicht wenig überrascht, als Pat. absolut nicht mehr stotterte, er sprach fliessend und prononcirte dabei auffallend gut. Als ich ihm sagte, er stottere ja gar nicht mehr, wollte er es durchaus nicht glauben, obwohl er ohne anzustehen antwortete; schliesslich glaubte er es. Ich versprach ihm vollständige Heilung, er war sichtlich erfreut.

Wie bei den beiden vorhergehenden Fällen, so hatte ich auch hier dem Vater anempfohlen, den Pat. schonend zu behandeln und ihm durch Zureden zu versichern, dass es schon besser gehe und er Heilung erwarten dürfe.

27. December. Pat. stottert wieder beim Kommen, allein bedeutend weniger als vor der ersten Hypnose. Er hat die fixe Idee, dass ich ihn kaum heilen werde. Ich vermuthete, dass ihm von verschiedener Seite entmuthigende und unvorsichtige Worte gesagt worden seien, und das um so mehr, als Pat nicht, wie ich es ihm anempfohlen hatte, nach Hause gegangen, sondern in seiner Stelle verblieben war. Er fühlt sich im Halse oft wie zusammengeschnürt beim Sprechen.

In den Suggestionen sagte ich ihm, er werde vollständig geheilt werden, er spreche

schon ganz gut und sei dabei nicht zusammengeschnürt im Halse; er gehe nach Hause während der Behandlung.

Nach dieser zweiten Hypnose sprach Pat. nicht so gut, wie nach der ersten, immerhin aber besser als bei seiner Ankunft; er sagt das erste Wort stets langsamer, um nicht anzustehen.

28. December. Pat. sagt, es gehe besser, sein Freund S. hätte es ihm unterwegs gesagt. Er ist zu Hause bei seinen Eltern, man sieht es ihm an, dass er unter ihrem Einfluss ist, er ist freudiger und voller Hoffnung, geheilt zu werden. Suggestionen dieselben.

29. December legte ich dem Pat. eine nach Inhalt und Form leicht fassbare Lesprobe vor. Nach der Hypnose wurde ein schwerer verständliches Thema ausgewählt und 10 Minuten später noch einmal eine Lesprobe vorgenommen. — Es zeigte sich dabei folgendes Verhältniss, woraus der günstige Einfluss der Hypnose deutlich ersichtlich:

Lesen vor der Hypnose: unter 99 Worten bei 14 Stottern resp. Stammeln = 14,1%
„ nach „ 1. „ „ 122 „ „ 9 „ „ „ = 7,3%
„ „ „ 2. „ „ 81 „ „ 5 „ „ „ = 6,1%

Die folgenden Hypnosen fanden statt den 30. December, den 4., 8., 14. Januar 1888, die letzte den

2. Februar: Das Stottern beim Reden ist ungefähr dasselbe geblieben wie in den letzten Hypnosen; Pat. kann sich leicht verständlich machen, es ist eigentlich mehr nur noch Stammeln als Stottern. Beim Lesen hat er mehr Anstände und scheint er hier seit dem 29. December Rückschritte gemacht zu haben. Er liest

vor der Hypnose: auf 70 Worte 9 stotternde resp. stammelnde = 12,8%
nach „ „ „ 69 „ 8 „ „ „ = 11,4%

Betrachten wir die 3 Fälle etwas näher und zwar

1) in Bezug auf die Aetiologie, so finden wir für Fall I weiter nichts, als die Angabe, dass das Stottern in Folge eines Schreckens entstanden sei.

Für Fall II kann wohl hereditäre Prædisposition angenommen werden, indem eine Tante der Patientin im Sprechen manchmal anstehen soll und wir es mit einer von Hause aus nervösen Person zu thun haben. Bedenken wir, dass unsere Patientin sowohl von väterlicher als auch von mütterlicher Seite nervös belastet ist, so ist die angegebene Ursache, der Schrecken, den die Patientin beim Erblicken der idioten Frau hatte, gewiss nur als eine Gelegenheitsursache anzusehen.

Bei Fall III haben wir es absolut nur mit angebornem Stottern zu thun und ist die Belastung von mütterlicher Seite hergekommen: die Mutter spricht schwerfällig, zwar ohne gerade zu stottern; ein Bruder stottert seit er anfing zu sprechen wie unser Patient.

2) In Beziehung auf den Grad des Stotterns ist Fall I als der leichteste zu bezeichnen; Pat. kann, einmal angefangen, oft den ganzen Satz ohne weiteres Anstehen aussprechen, während bei Fall II und III das nicht möglich war. Bei Fall I und II ist das Stottern geringer, wenn die Pat. mit Verwandten reden, stärker in Gegenwart von fremden Personen. Fall III ist der am meisten belastete, er stottert und stammelt zugleich, was schon aus der Aussage des Vaters hervorgeht und eben dem Stammeln eigenthümlich ist, dass Pat. in Gegenwart von Fremden weniger stottert. Es ist möglich, dass die chronische Rhinitis und Pharyngitis an dem Uebel Schuld tragen, jedenfalls bedingen sie die näselnde Stimme.

3) In Bezug auf das therapeutische Resultat möchte ich Folgendes hervorheben: Bei Fall I ist dasselbe gleich Null; bei Fall II ein vollständiges; bei Fall III ergibt sich bedeutende Besserung. Dieser Unterschied hat seinen Grund theils in der Hypnose selbst, namentlich aber in der Verschiedenheit der psychischen Beanlagung der Patienten.

Fall I ist ein steckköpfiger Knabe, der sich nichts befehlen lässt, er ist jedenfalls der am wenigsten Begabte von den 3 Patienten. Es ist leicht möglich, dass der Kranke, der sich zu Hause nichts befehlen lassen will, in Folge von Auto-Suggestionen auch in der Hypnose resistenzfähig, suggestionsunfähig wird. Den Zwecksuggestionen, welche das Stottern beseitigen sollten, kam psychologisch die Steckköpfigkeit des Patienten in die Quere; ich glaube, dass solche Leute sich eben viel mehr durch Auto-Suggestionen leiten lassen als andere und wenn Auto-Suggestionen intensiv genug sind, so können sie



den Effect der Suggestionen des Hypnotiseurs verwischen resp. suggestionsunfähig machen.

Ferner ist zu bemerken, dass unser Pat. ein tiefer Schläfer ist; er muss wiederholt, oft laut durch Wecksuggestionen zum Erwachen gebracht werden. Solche Fälle sind nicht geeignet für Suggestionen; zu tiefer Schlaf ist ungünstig. „Es gibt nach meiner Ansicht", sagt Herr Prof. *Forel*,[1]) „zwei Varietäten individueller Prædisposition zur Hypnose, die starke Suggestibilität und der tiefe Schlaf, wovon allerdings besonders die erste durch Anerziehung sehr gesteigert werden kann. Wer sehr suggestibel von Natur aus ist, braucht den Schlaf kaum oder gar nicht zur Hypnose. Wer dagegen normaler Weise tief schläft, wird überhaupt leicht eingeschläfert, und ist im provocirten Schlaf eo ipso suggestibel. Der normale Schlaf kann aber ab und zu so tief sein, dass der Hypnotiseur die Verbindung mit dem fast oder vielleicht ganz erlöschten Bewusstsein des nun künstlich Eingeschläferten fast oder ganz zu verlieren scheint; wenigstens hört die Reaction des Letztern fast oder ganz auf, wie ich es zweimal sah. *Liébault* hatte es auch beobachtet. Der hypnotische Schlaf verhält sich da wie der normale Schlaf des Betreffenden. Wie *Liébault* so richtig sagt, ist die Hypnose nur der Schlaf, bei welchem die Phantasie des Schlafenden von einem andern geleitet, beherrscht wird. Kann sie schon im Wachzustand in gleicher Weise beherrscht werden und dann die übrige psychische Thätigkeit dissociiren, so ist kein Schlaf mehr zu Hypnose, d. h. zur Suggestion nöthig." Wenn nun auch unser Pat. suggestionsfähig war, so war er es sicher nicht in hohem Grade, ob er nun auch hie und da Suggestionen realisirte, ob ich mich auch während des hypnotischen Schlafes in's Einvernehmen mit ihm setzen konnte, so war doch der Schlaf meist ein so tiefer, dass eine regelrechte Unterhaltung mit ihm in der Hypnose, wie sie ja bei einiger Einübung fast stets erreicht werden kann, nicht möglich war; der Hypnotiseur war zum grössten Theile nicht mehr in Verbindung mit dem Hypnotisirten und diesem Umstande ist vielleicht die Hauptschuld des Misslingens der suggestiven Behandlung zuzuschreiben. Es bleibt freilich möglich, dass dennoch bei öfterer Hypnotisation und längerer Behandlung das Resultat günstiger gewesen wäre, wie ich schon bei der Krankengeschichte bemerkt habe.

Fall II war der günstigste. Ich bin geneigt, die nervöse Belastung der Patientin so gut wie die hereditäre Belastung bei der Entstehung des Stotterns in Betracht zu ziehen. Die Pat. ist lebhaft wie ihr Vater, sie zeigt von den 3 Fällen die meiste Begabung; sie ist im Alter der Pubertätsentwicklung, sie ist impressionabel und wenn gleich der Grad der hypnotischen Beeinflussung ein niederer war, so wäre er doch gewiss rasch in die höhern resp. höchsten Grade übergegangen. Dieser individuellen Disposition zur Hypnose vindicire ich den raschen Erfolg.

Bei Fall III haben wir, wiewohl der Pat. älter ist und somit auch sein Leiden, dennoch rasche Beeinflussung nach erster Hypnose, ähnlich wie bei Fall II. Betreffs Begabung steht Pat. in der Mitte, er ist dabei gutmüthig und daher leitungsfähig. Obwohl sein Uebel am ausgesprochensten, so war doch in Folge der guten Suggestibilität der Erfolg ein eclatanter. Ich habe mich in diesem Falle nicht von dem Gedanken losmachen können, dass wenn Pat. meine Ordre befolgt hätte und während der Cur zu Hause geblieben wäre, der Erfolg ein vollständiger hätte sein müssen. Wie jedes neue Curverfahren, so stösst auch der Hypnotismus Anfangs auf Hindernisse, namentlich in der Privatpraxis, ja es ist natürlich, dass diese dem Laien zauberhaft erscheinende Behandlungsweise mit Misstrauen betrachtet wird. Ich vermuthe in unserem Falle, dass dem Patienten diesbezügliche Eingebungen von seiner Umgebung gemacht worden sind und dass diese in seinem nicht geradezu selbstständigen Gehirne sich zu Auto-Suggestionen herausgebildet hatten und so den Ersteffect, dem gewiss oft eine Prævalenz im Erfolge zuzuschreiben ist, theilweise herabsetzten. Ich glaube das um so mehr vermuthen zu dürfen, als die Suggestion seines Freundes S. den Pat. entschieden später günstig beeinflusst hatte; das Gegentheil musste also Anfangs, wo der Einfluss noch kein dauerhafter sein konnte, von unberechenbarer Wirkung sein.

---

[1]) Einige Bemerkungen über den gegenwärtigen Stand der Frage des Hypnotismus nebst eigenen Erfahrungen. Münchner med. Wochenschr. Nr. 5, Jahrgang 1888.



Wie delicat die hypnotische Behandlung ist, das sagt *Luys*[1]) in seiner Schrift: „On comprend donc combien on ne saurait s'entourer de trop de précautions pour neutraliser les influences étrangères qui peuvent à l'insu de l'expérimentateur changer les conditions du problème."

„Ein feines Reagens auf das Nervensystem wie die Hypnose, ein Reagens, das direct unsere höchsten und feinsten Seelenthätigkeiten trifft und modificirt" (Prof. *Forel*), das bedarf freilich nicht nur einer gewissenhaften, sondern auch einer tactvollen, sowie einer individualisirenden Behandlung, denn der Hypnotische wird durchaus nicht etwa zu einer Maschine, wie man es so oft annimmt, sondern er bewahrt seine ihm eigene Individualität unter hypnotischem Einflusse so gut wie im wachen Zustande; er interpretirt die ihm eingegebene Situation nach seiner eigenen Gabe, seinem Talente, seinem Geschicke[2]), kurzum nach den Mitteln, über welche er verfügt. Wir besitzen kein Heilmittel, das so innig die Seelenthätigkeit in Angriff nehmen, sie in die richtige Bahn leiten kann, wie die Suggestion; ihr Einfluss im öffentlichen und religiösen Leben spielt eine Hauptrolle.

Combremont-le-Grand im März 1888. *G. Ringier.*

Wochenbericht.

Schweiz.

— Am 13. und 14. August a. c. findet in Zürich ein **internationaler Congress** statt, zum Zwecke der Berathung, event. Beschlussesfassung über Feriencolonien und Sommerpflegen mit Ausdehnung auf die Kinderhygieine überhaupt und zwar nach ihrer leiblichen und geistigen Seite hin, jedoch beschränkt auf das schulpflichtige Alter.

Ein einlässlicheres Programm folgt später. Theilnehmer haben sich bis zum 4. Juli anzumelden bei dem Präsidenten der Feriencolonien Zürichs Herrn Pfarrer Bion, welcher mit Herrn Prof. Dr. *Haab*, als Präsidenten des Comité's für die Heilstätte rachitischer Kinder in Aegeri das Einladungscircular unterzeichnet hat.

Die gewaltigen Regungen der Neuzeit auf dem Boden der Schulhygieine (vide *Hürlimann* etc.) sind höchst erfreulich.

Basel. Herr Prof. Dr. *Hagenbach-Burckhardt* ist zum Prof. ordinarius, Herr Dr. *Courvoisier* zum Prof. extraordinarius ernannt worden. Wir freuen uns über diese wohlverdiente Anerkennung und gratuliren herzlich.

Ausland.

Leipzig. An Stelle von *E. Wagner*, dem verstorbenen inneren Kliniker, ist Dr. *Curschmann*, Director der innern Abtheilung des Hamburger allgemeinen Krankenhauses berufen.

— **Die Behandlung des Heufiebers.** *Andrew Clark* aus London publicirt in Nr. 20 der „W. M. W." einen Artikel, der zeitgemäss ist, da diese für die betr. disponirten Individuen qualvolle Zeit vor der Thüre steht.

Als Ursachen des Heufiebers fallen in Betracht die locale Reizbarkeit, die Einwirkung der äusseren erregenden Ursache (Pollen der Gräser) und die nervöse Belastung.

Um die Sensibilität der Nasenschleimhaut zu verringern, sind verschiedene Mittel vorgeschlagen, wie Caustica, Atropin und Aconitin local, aber sie leisten wenig; am ehesten dürfte noch das Cocaïn in 5—15procentiger Lösung auf die obern Theile der innern Nase und den hinteren Theil des Gaumensegels eingepinselt, wirken.

Die Hauptwirkung ruht in der Allgemein-Behandlung: mässiges Regime, wenig Alcoholica, tägliche Gymnastik; bei nervösen Patienten Arsen, Eisen, Brom und Nux vomica. Local am besten in das Naseninnere einzupinseln eine Lösung von Carbol und Glycerin ãã 30,0 mit 1,5 gr. Chin. muriat. Die durch diesen Eingriff erzeugten unangenehmen Erscheinungen dauern $^1/_2$ bis mehrere Stunden. 2 oder 3 Einpinselungen in verschieden zu bemessenden Intervallen sind zu appliciren.

---

[1]) Les émotions chez les sujets en état d'hypnotisation, 1887.

[2]) und glücklicherweise auch nach den durch die Erziehung ihm beigebrachten moralischen Grundsätzen. Red.

— Die Heilwirkung des Erysipels auf Geschwülste. Zerstreute Mittheilungen über rasches Zurückgehen maligner z. Th. inoperabler Neubildungen finden sich in der Literatur. Es verlohnt sich der Mühe, diese Thatsachen einer genauern Prüfung zu unterziehen, da diese Frage nicht nur hervorragende theoretische, sondern auch entschieden practische Bedeutung hat. *Bruns* hat diese Arbeit unternommen und in einer interessanten Mittheilung das Ergebniss im 3. Heft des 3. Bandes seiner „Beiträge zur klinischen Chirurgie", das eben erschienen, niedergelegt.

Von positiver unverkennbarer Heilwirkung eines zufällig entstandenen Erysipels auf maligne Tumoren sind zunächst folgende hervorragende Fälle zu nennen.

1. Melanosarcom der Mamma mit Achseldrüsen. 47jährige Frau. 1880 Exstirpation der Mamma und typische Ausräumung der Achselhöhle. Fieberlose Wundheilung; geringfügige Eiterung aus den Drainstellen. Nach 4 Wochen war noch eine Fistel vorhanden, von der aus sich ein Erysipel entwickelte, das bei hoher Temperatursteigerung und beinahe dreiwöchentlicher Dauer fast über den ganzen Körper wanderte. Inzwischen hatte sich an der Operationsstelle ein Recidiv eingestellt von deutlich melanotischem Aussehen. Als die Patientin sich erholt hatte, begann die Neubildung ohne jede äussere Einwirkung zu verschwinden; nach mehreren Wochen war das Recidiv spurlos verschwunden, die Fistel verheilt. Die Patientin ist seither völlig gesund geblieben. (Beobachtung *Bruns*.)

Ueber einen 2. Fall (Beob. *Biedert*) von enormem Rundzellensarcom der Mund-, Rachen- und Nasenhöhle ist im Jahrgang 1886 unseres Blattes pag. 184 eingehend referirt. Es ist nachzutragen, dass gemäss den neuesten Nachrichten das Kind noch gesund und recidivfrei lebt. Im Rachen blieb eine narbige Verengerung zurück.

Ein 3. Fall (Beob. *Busch*) beschlägt multiple sarcomatöse Hautgeschwülste des Gesichts bei einer 48jährigen Frau, die im Anschluss an ein Gesichtserysipel in wenigen Monaten spurlos verschwanden.

19 weitere hieher gehörige Fälle betreffen Carcinome, Sarcome, Lymphome, Keloide, — von denen eigentlich nur die letztern dauernd verschwanden, während die übrigen Tumoren nach dem Erysipel wohl eine rapide Verkleinerung erfuhren, bald aber wieder zur frühern Grösse gediehen.

Diese Beobachtung ermunterte bald einige Forscher, maligne inoperable Tumoren durch künstliche Erzeugung von Erysipel zur Resorption zu bringen. *Busch* versuchte die Erysipelinoculation vergeblich. *Fehleisen*, dem es gelang, die Coccen des Erysipels in Reincultur zu züchten, impfte seine Culturen auf 5 Fälle von inoperablen Neubildungen. In den meisten Fällen trat eine beträchtliche Rückbildung der Tumoren nach überstandenem Impf-Erysipel auf; über völlige Heilung ist aber nichts berichtet. Ein fernerer Fall von *Janike* (Carc. mammæ inop.) ging am Impferysipel zu Grunde.

Der salutäre Einfluss des Erysipels erstreckt sich aber nicht blos auf maligne Neubildungen, sondern es liegen Beobachtungen vor, wo Lupus und luetische Affectionen der Haut und Schleimhäute, durch das Erysipel zur Abheilung gebracht wurden.

Die histologische Untersuchung zeigt, dass der rapide Schwund eines Rundzellensarcoms und eines Carcinoms durch ausgedehnte Fettmetamorphose der zelligen Elemente und Resorption derselben zu Stande gekommen war, welche Veränderung direct durch die eingewanderten Erysipelcoccen, oder nach anderer Hypothese durch die von den Coccen producirten Stoffwechselproducte verursacht ist. Da aber nach *Bruns* die salutäre Wirkung des Erysipels auch an entfernten Körperstellen sich geltend gemacht hat, so spricht viel mehr für die Ansicht, dass die Heilwirkung auf Rechnung des hohen und anhaltenden Fiebers zu setzen sei. Dafür spricht, dass bei fieberhaften Erkrankungen verschiedener Art, wie Scharlach, Typhus, Pyæmie, maligne Tumoren sich verkleinerten und bei Pyæmie speciell ist ein Fall von melanotischem Sarcom der Glutæalgegend (Beob. *Plenio*) zur dauernden Heilung gelangt.

Nach diesen Beobachtungen steht *Bruns* nicht an, „die künstliche Erzeugung der Rose zur Beseitigung von Tumoren unter gewissen Umständen als berechtigt zu erklären."

Es scheint, dass speciell die Sarcome am ehesten einem Erysipel weichen; es liegen mindestens 3 gut beobachtete und wohl verbürgte Fälle von Heilung eines Sarcoms vor, während für die Carcinome kein einziger sicherer Fall spricht.

Heilung von malignen Tumoren ist auch nach anderer, als erysipelatöser Infection be-

obachtet. So sah *Sigg* in Andelfingen einen zum 3. Mal (nach zweimaliger Exstirpation) recidivirenden Brustkrebs (en cuirasse) während des Auftretens einer floriden Tuberculose vollständig verschwinden. Der Fall wird nächstens publicirt. Die Herren Collegen, welche ähnliche — exact gemachte — Beobachtungen haben, sind dringend um Mittheilung gebeten.

— **Sulfonal,** ein neues Schlafmittel. Die Reihe der Hypnotica ist wieder um ein Glied vermehrt. Prof. *Kast* in Freiburg i./Br. fand, dass das Oxydationsproduct der Verbindung des Aethylmercaptans mit Aceton, das sogetaufte Sulfonal $(CH_3)_2 = C = (SO_2C_2H_5)_2$ die Versuchsthiere ausnahmslos in einen Zustand von Berauschung brachte, der oft in tiefen Schlaf überging. Schädliche Nebenwirkungen wurden keine beobachtet. — Ueber 300 Einzelbeobachtungen am Menschen (20 Gesunde, 60 Kranke) gestatten folgende Schlüsse:

1. Das Sulfonal hat in der Dosis von 3—4 gr. keine Spur von unangenehmer Nebenwirkung.
2. In Dosen von 1—2—3 gr. steigert und unterhält es beim gesunden Menschen das Schlafbedürfniss.
3. Bei krankhafter Schlaflosigkeit ist es in gleicher Dosis ein meist sicher wirkendes Hypnoticum.
4. Herz, Athmung und Verdauung werden absolut nicht dadurch beeinflusst. Herzkranke ertragen das Mittel sehr gut.
5. Auch bei Leuten, die an Narcotica gewöhnt sind, ist seine Wirkung eine erfolgreiche.

Das Sulfonal hat zudem den Vorzug der Geschmack- und Geruchlosigkeit; es ist im Wasser zwar schwer löslich, wird aber von den Patienten am liebsten in einem mit Wasser gefüllten Weinglase genommen.

Die Beobachtungen an Kranken stammen grösstentheils aus der psychiatrischen Klinik in Marburg.

Stand der Infections-Krankheiten.

		Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperalfieber	Parotitis	Ophthalmoblennorrhœa	Rubeolae
Zürich u. Aussengem.	20. V.-26. V.	10	1	1	2	3	12	—	1	—	—	—
	27. V.- 2. VI.	8	1	8	18	3	10	—	—	—	—	—
Bern	20. V.-26. V.	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
	27. V.- 2. VI.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Basel	26. V.-10. VI.	33	7	8	—	3	4	6	—	1	1	4

In Basel hält sich der Scharlach auf mässigerer Höhe; von den angezeigten Fällen sind je 9 auf dem Nordwestplateau, Südostplateau und in Kleinbasel, 6 im Birsigthale. Unter den an Varicellen Erkrankten ist eine Erwachsene (23j.).

Briefkasten.

Dr. *Wieland*, Rheinfelden: Freundlichen Dank für die Photographie von † Collega *Fetzer* für's Aerztealbum. — *Schweiz. Blätter für Gesundheitspflege*, Zürich: Nr. 11, pag. 149. Bravo! Reich' uns die Hand, Bruder, zu gemeinsamem Kampfe gegen Schwindel und Gewissenlosigkeit. Schmach über Jene, welche — durch Studiengang und abgelegtes Examen zu etwas Besserem berufen — aber des Gewissens und aller Berufswürde ledig — um schnöden Gewinnes willen in den Dienst eines dem Auslande entlaufenen Quacksalbers treten und als seine Diener die Welt betrügen helfen. — Dr. *C. Meyer*, Denver (Colorado): Nach Wunsch besorgt. Vaterländischen Gruss über den Ocean. — Collega *Studer*, Kirchberg: Besten Dank. Dr. *Ringier*, z. Z. in Aix-les-bains: Besten Dank. Erwarte gerne Fortsetzung für nächste Nummer.

Da mit den Arbeiten für den Schweiz. Medicinalkalender begonnen werden muss, bitte ich allfällige Wünsche oder Reklamationen umgehend an mich gelangen zu lassen. Dr. E. Haffter, Frauenfeld.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.



CORRESPONDENZ-BLATT

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats.
Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 12. — für die Schweiz, Fr. 14.50 für das Ausland. Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. E. Haffter

in Frauenfeld.

N°. 13. XVIII. Jahrg. 1888. 1. Juli.

Original-Arbeiten.

Practische Erfahrungen über die zuckerige und einfache Harnruhr.

Von Professor Dr. **Hermann Eichhorst** in Zürich.

(Nach einem Vortrage auf der Frühjahrsversammlung des zürcherischen cantonalen Aerztevereines in Winterthur am 7. Mai 1888.)

Hochgeehrte Herren Collegen! Als der Präsident unseres Vereines mit der Aufforderung an mich herantrat, für die letzte Herbstversammlung einen Vortrag zu übernehmen, da glaubte ich diesem Ansinnen nicht besser nachkommen zu können, als dass ich mir als Thema eine Besprechung über den Werth der modernen Herzmittel auswählte, weil bei der Häufigkeit von Herzkrankheiten aller Art gerade in unserm gemeinsamen Wirkungskreise jeder von uns fast alltäglich mit diesen Dingen zu arbeiten hat.[1]) Unser Herr Präsident hat mich mit der Bitte beehrt, auch für die heutige Frühjahrsversammlung unter den Vortragenden aufzutreten, und dieses Mal sollen practische Erfahrungen über die zuckerige und einfache Harnruhr den Vorwurf dessen bilden, was ich Ihnen anzubieten wage. Es würde den thatsächlichen Verhältnissen durchaus nicht entsprechen, wollte ich mir hier vor Ihnen den Schein geben, als ob auch dieses Mal wieder die Häufigkeit der Krankheit bei der Auswahl meines Themas ausschlaggebend gewesen ist, aber ebenso freilich hat mir nichts ferner gelegen, als Ihr Interesse für einen durch seine Seltenheit ausgezeichneten Gegenstand fesseln zu wollen. Der Umstand, dass ich in der letzten

[1]) Vgl. *H. Eichhorst*, Ueber moderne Herzmittel. „Correspondenzblatt" 1888. Nr. 2.

Zeit Kranke an Diabetes mellitus und Diabetes insipidus auf der Klinik zu behandeln hatte und gerade an ihnen einige Beobachtungen von practischer Bedeutung machte, war ausschliesslich bestimmend für mich.

Wenn wir uns zunächst dem Diabetes mellitus zuwenden und uns ein Bild über seine Häufigkeit innerhalb unserer Verhältnisse verschaffen wollen, so gilt vor Allem für Zürich das, was auch für andere Orte zutrifft, dass nämlich das Leiden zu den selteneren Krankheiten gehört. Während meiner vierjährigen Thätigkeit am Zürcher Cantonsspital, d. h. in den Jahren 1884—1887 habe ich 5842 Personen behandelt und unter diesen litten 1 Mann und 4 Frauen, also 5 Personen, oder was dasselbe sagt 0,08 Procent aller Kranken an Diabetes mellitus. Ich habe aus den Jahresberichten meiner Vorgänger für die Jahre 1870—1883 Zusammenstellungen und Berechnungen ausgeführt und gelangte dabei fast zu derselben Ziffer. Während des genannten 14jährigen Zeitraumes wurden nämlich auf den innern Abtheilungen des Cantonsspitals 30,100 Personen verpflegt und unter ihnen kamen 19, also 0,07 Procente wegen Zuckerharnruhr zur Aufnahme. Merkwürdiger Weise und gegen die sonstige Regel zeigte es sich, dass sowohl während meiner Zeit, als auch in den frühern Jahren mehr Frauen als Männer erkrankt waren, nämlich alle Jahre (1870—1887) zusammengerechnet unter 23,202 männlichen und 12,740 weiblichen Kranken 14 Männer (0,06°/₀) und 10 Frauen (0,08°/₀). In der Privatpraxis kommen Leute mit Zuckerharnruhr, soweit meine eigenen Erfahrungen reichen, häufiger vor, als unter den Spitalkranken. So behandelte ich in meiner Sprechstunde binnen der letzten 3 Jahre 1391 Personen und unter ihnen befanden sich 9 Personen oder 0,6 Procent aller Kranken mit Diabetes mellitus. Unter den Privatkranken überwog total wie procentisch das männliche Geschlecht. Vergleiche ich meine hiesigen Erfahrungen in der Privatpraxis mit denjenigen aus meinem frühern Wirkungskreise in Göttingen, so stellt sich heraus, dass in Zürich Diabetes mellitus häufiger vorkommt als dort, denn in Göttingen behandelte ich 1880—1883 3124 Personen und unter diesen litten 12, also nur 0,4 Procente an Zuckerharnruhr. Das männliche Geschlecht überwog freilich hier weit bedeutender, denn 10 Männern stehen nur 2 Frauen gegenüber. Nicht unerwähnt will ich es lassen, dass ich in meiner Sprechstunde fast ausnahmslos der Regel folge, den Harn jedes meiner Kranken auf Eiweiss und Zucker zu untersuchen, auch dann, wenn nicht besondere Symptome eine Aufforderung dazu geben sollten. Ich kann versichern, dass ich dadurch mehrfach Diabetes mellitus entdeckte, während die Personen ganz nebensächliche und bedeutungslose Dinge zu klagen hatten.

Auffällig war es, aber vielleicht steckt nur ein Spiel des Zufalls dahinter, dass unter den 14 Zuckerkranken, deren Behandlung mir bisher in Zürich anvertraut war, zwei Personen noch im kindlichen Alter standen, trotzdem mit Recht der Diabetes mellitus der Kinder zu den Seltenheiten gerechnet wird. Beide Fälle betreffen Mädchen und zwar handelt es sich in dem einen Fall um ein 10jähriges Mädchen aus Wädensweil, in dem andern um ein 12jähriges Kind aus Wallisellen, welches sich noch gegenwärtig auf der klinischen Abtheilung befindet. Die kleine Patientin aus Wädensweil hatte ihre Krankheit nach Masern zurückbehalten, die sie vor etwas mehr als drei Jahren überstand. Bei dem andern Mädchen war das

Leiden ohne nachweisbaren Grund entstanden und hatte sich vor 1¼ Jahren zuerst durch unstillbaren Durst bemerkbar gemacht.

In Bezug auf die Aetiologie des Diabetes mellitus bei meinen andern Kranken möchte ich hier zunächst einer Beobachtung gedenken, in welcher in der unzweideutigsten Weise Heredität bestand. War man dabei auch auf die anamnestischen Angaben des Patienten angewiesen, so durfte man denselben um so grösseren Werth beimessen, als es sich um einen gewiegten Chemiker handelte, der in der Zuckeranalyse wohl bewandert war und den Harn seines Grossvaters, Vaters und seiner zwei Brüder vielfach auf Zucker untersucht und den Zuckergehalt quantitativ bestimmt hatte. Dieser Herr gab des Bestimmtesten an, dass schon sein Urgrossvater an Zuckerharnruhr gelitten habe. Die Krankheit sei bisher nur bei dem männlichen Theil der Familie beobachtet worden und habe sich regelmässig in der Zeit zwischen dem 30.—35. Lebensjahre eingestellt.

Auf eine nicht uninteressante Aetiologie für Diabetes mellitus wurde ich vor einigen Jahren in Göttingen aufmerksam. Es stellte sich mir der Director einer Zuckerfabrik aus dem Braunschweigischen vor, welcher an Diabetes litt. Da ich wiederholentlich Zuckerfabriken durchwandert und dabei gesehen hatte, dass Directoren wie Arbeiter alltäglich während der sog. Zuckercampagne viele Stunden lang beim Aufschütten und Verladen des Zuckers in einer reich mit Zuckerstaub geschwängerten Atmosphäre zu athmen haben, so war es wohl mehr als natürlich, an ursächliche Beziehungen zwischen Beschäftigung und Krankheit zu denken. Auf mein Befragen gab der kranke Herr sofort an, dass nach seiner Ueberzeugung der Beruf Ursache seines Leidens sei, und dass es unter seinen Collegen nicht unbekannt sei, dass Zuckerharnruhr bei Angestellten von Zuckerfabriken ungewöhnlich häufig vorkomme. Nur wenige Wochen später meldete sich bei mir der Director einer Zuckerfabrik aus dem Hannöver'schen. Auch er litt an Zuckerharnruhr und seine Angaben stimmten vollständig mit denjenigen des zuerst erwähnten Herrn überein. Ich hatte mir daraufhin vorgenommen, eine Reihe von Zuckerfabriken zu bereisen und in objectiver Weise die Sache zu verfolgen, aber leider kam dieser Plan deshalb nicht zur Ausführung, weil ich nach Zürich übersiedelte und mir in der Schweiz keine Gelegenheit ward, meine Absicht verwirklichen zu können. Sehen wir uns in der Litteratur um, so ist mir nur eine ähnliche, wenn auch nicht identische Angabe bekannt, dass nämlich Neger in Zuckerplantagen auffallend häufig an Zuckerharnruhr leiden sollen. *Griesinger* dagegen, welcher in seiner bekannten Abhandlung über die Zuckerharnruhr diesen Punkt berührt, scheint wenig geneigt, ihr etwelche Bedeutung beizumessen.

In Bezug auf die Symptome des Diabetes mellitus bin ich nicht im Stande, Ihnen etwas wesentlich Neues aus dem Kreise eigener Erfahrung mitzutheilen, was Sie leicht verstehen werden, wenn Sie sich erinnern wollen, wie häufig und mit welcher peinlichen Sorgfalt die Krankheit in den allerverschiedensten Beziehungen studirt worden ist. Auch bitte ich um Ihre gütige Erlaubniss, alle Erörterungen bei Seite lassen zu dürfen, welche die Theorie über die Entstehung der Krankheit berühren. Lassen Sie mich die Sache vom

rein practischen Standpunkt betrachten und gleich zu der Frage übergehen: Auf welche Weise wird man der Krankheit am besten Herr?

Ich kann auf diesen Punkt kaum anders eingehen, ohne zuvor die Frage berührt zu haben, ob es denn unter allen Umständen wünschenswerth erscheint, die Zuckerausscheidung durch den Harn so schnell und so vollkommen als möglich zu unterdrücken. Auf Grund eigener Erfahrungen würde ich mich sehr vorsehen, die aufgeworfene Frage mit einem unbedingten Ja zu beantworten, denn es kann nach meiner Ueberzeugung sowohl die Schnelligkeit als auch die Vollkommenheit, mit welcher die Zuckerausscheidung beseitigt wird, für den Kranken mit den bedenklichsten und verhängnissvollsten Gefahren verknüpft sein. Ich will Ihnen dies an dem Schicksal von dreien meiner Zuckerkranken erläutern.

Ein Mann und eine Frau, welche ich auf der Züricher Klinik an Diabetes mellitus behandelte, boten ausser ihrem Grundleiden tuberculöse Veränderungen in den Lungen dar, doch war bei beiden die locale Ausbreitung des Processes eine nur sehr unbedeutende. Die Personen wurden auf strenge animalische Diät gesetzt und erhielten ausserdem noch Ammonium carbonicum. Der Erfolg dieser Behandlung war, soweit allein die Ausscheidung von Zucker in Betracht kommt, glänzend genug, denn nicht einmal innerhalb 14 Tagen waren die nicht unbeträchtlichen Zuckermengen vollständigst aus dem Harn verschwunden. Aber was geschah nun weiter? Die tuberculösen Lungenveränderungen, welche bisher, wie gesagt, nur unbedeutende gewesen waren, nahmen in rapidester Weise von Tag zu Tag zu, und namentlich kam es zu sehr bedeutenden Abstossungen von Lungengewebe, so dass tagtäglich Lungenfetzen bis zu dem Umfange eines Daumennagels im stetig reichlicher werdenden Auswurf angetroffen wurden. Damit ging ein sehr schneller Kräfteverfall Hand in Hand, welcher nach einigen Wochen zum Tode führte.

Es war nicht gut möglich, sich des Gedankens zu erwehren, dass in den eben erwähnten beiden Fällen die immerhin gut gemeinte und scheinbar von so glänzendem Erfolg gekrönte Behandlung das Leben verkürzt und den Eintritt des Todes beschleunigt hatte. Ein wenig anders gestaltete sich die Scene bei einem 55jährigen Rentmeister in Göttingen.

Derselbe hatte seit etwa 2 Jahren Erscheinungen von Zuckerharnruhr bemerkt. Der Kranke war dabei wohl beleibt, sah auch blühend aus und wurde nur von Durst und Hunger gequält. Auf meinen Rath ging dieser Herr zum ersten Mal nach Carlsbad. Nach 6 Wochen kehrte er wieder heim und hatte den Zucker aus seinem Harn ganz und gar verloren. Auch die quälenden Empfindungen des unnatürlich vermehrten Durstes und Hungers hatten aufgehört. Trotzdem aber fühlte sich der Herr ausserordentlich unbehaglich, ohne gerade eine ganz bestimmte Beschwerde hervorheben zu können. Ich hatte Gelegenheit, den Kranken und seinen Harn wöchentlich drei Mal zu sehen und genauer zu untersuchen. Etwa vier Wochen nach beendeter Carlsbader Cur stellte sich plötzlich, ohne dass sonst eine greifbare Veränderung vorhanden war, eine mächtige Albuminurie ein. Gleichzeitig setzte der bisher völlig klare Harn ein reiches Sediment ab, welches sich bei microscopischer Untersuchung als aus Nierencylindern, Rundzellen und kleinen Epithelzellen zusammengesetzt erwies. Die Nierencylinder zeigten sich vielfach mit Fettkörnchen besetzt, und ausserdem kamen sehr zahlreiche Fettkörnchenzellen und mehr oder minder vollständig verfettete Rundzellen vor. Der geschilderte Zustand blieb 3 Wochen unverändert bestehen; die Kräfte des Kranken nahmen sichtlich und schnell ab, und Patient ging durch Uræmie zu Grunde.

Nicht unerwähnt will ich es lassen, dass die plötzliche Einführung einer möglichst absoluten Fleischdiät von bedenklichen Gefahren gefolgt sein kann, wenn ich auch dergleichen bei eigenen Patienten deshalb nie gesehen habe, weil ich bei der Behandlung der Zuckerharnruhr nicht in einer so brüsken Weise vorzugehen pflege.

Es droht nämlich unter solchen Umständen die Gefahr der sog. Acetonæmie, und von ihr wissen wir ja alle, dass sie ausserordentlich schnell dem Leben ein Ziel zu setzen vermag.

Bei der Behandlung des Diabetes mellitus kommen vornehmlich drei Dinge in Betracht, einmal nämlich das diätetische Verhalten, sodann die eigentlich medicamentöse Therapie und endlich die Brunnenbehandlung.

Darüber sind wohl alle Aerzte einig, dass die diätetische Behandlung den Grundstock jedes anderen therapeutischen Verfahrens bilden muss, und dass alle Bemühungen erfolglos bleiben, wenn man nicht der Diät die eingehendste Aufmerksamkeit geschenkt hat. Auch darüber dürften sich kaum Meinungsverschiedenheiten erheben, dass bei der Diät an dem Grundsatz festgehalten werden muss, so viel wie möglich Albuminate und auch Fette, und so wenig wie möglich Zucker und Kohlehydrate. Wer sich aus seiner eigenen Praxis erinnert, wie schwer es Zuckerkranken wird, sich auf die Dauer des Zuckers in Speise und Trank zu enthalten, der wird es nicht hoch genug zu schätzen wissen, dass neuerdings in dem Saccharin ein Surrogat für den Zucker gefunden ist, welches Diabetiker ohne den geringsten Schaden beliebig lange gebrauchen dürfen. Ich habe noch gegenwärtig drei Diabetiker in Behandlung, deren Harn ich seit 15, 6 und 3 Monaten controlire, und bei denen ununterbrochener Saccharingebrauch weder irgendwelche Unbequemlichkeiten, geschweige denn gar krankhafte Erscheinungen hervorgerufen hat, noch zu einer Vermehrung der Zuckerausscheidung durch den Harn oder in den beiden zunächst geheilten Fällen zu einem Wiederauftreten von Zucker im Harn führte. Practisch wichtig ist es, die Kranken vor einem zu ausgedehnten Gebrauche der sehr stark süssenden Substanz zu warnen, wozu sie namentlich in der ersten Zeit geneigt sind, da ich mehrfach danach einen lang andauernden und unangenehmen süssen Nachgeschmack, welcher jegliche Speise verleidete, Brechneigung und unüberwindbaren Widerwillen gegen den Weitergebrauch des Mittels eintreten sah. Wenn Sie dann freilich einige Tage das Saccharin ganz aussetzen lassen, so gehen die geschilderten Erscheinungen vorüber und steht dann nichts mehr einer vernünftigen Anwendung des Saccharins im Wege.

Eine sehr glückliche Idee hat nach meinem Dafürhalten die bekannte Chocoladenfabrik von Sprüngli in Zürich gehabt, Cacao mit Saccharin zu versüssen und unter dem Namen des Saccharin-Cacao auf den Markt zu bringen. Zwar ist es nicht unbekannt, dass Cacao Stärkemehl in nicht unbeträchtlicher Menge enthält, aber dennoch blieb in den Fällen von Diabetes mellitus, denen ich den Gebrauch von Saccharin-Cacao zum Morgen- und Nachmittagsgetränke gestattete, die durch den Harn ausgeschiedene Zuckermenge unverändert, oder falls der Harn bereits zuckerfrei gemacht worden war, trat danach kein Zucker wieder auf.

Bei der eigentlich medicamentösen Behandlung des Diabetes mellitus hat man vielfach die Frage aufgeworfen: Welches Mittel verdient bei der Behandlung der Zuckerharnruhr den Vorzug. Die Antwort ist sehr verschieden ausgefallen, und nach meinem Dafürhalten und nach meiner Erfahrung konnte es auch gar nicht anders kommen, weil die Art der Fragestellung nach meiner Ueberzeugung eine unrichtige ist. Ein unter allen Verhältnissen souveränes Mittel gegen



die Zuckerharnruhr muss noch gefunden werden, und was von den bisher bekannten Medicamenten uns vielleicht in dem einen Falle genützt hat, lässt uns möglicherweise bei einem andern Kranken völlig im Stich. Ich habe früher eines kleinen Mädchens aus Wädensweil gedacht; bei dieser waren die üblichen Medicamente so gut wie erfolglos, ausgenommen der Arsenik, nach dessen Gebrauch der Zucker in kurzer Zeit gänzlich aus dem Harn verschwand. Wird der Arsenik ausgesetzt, so bleibt der Harn bei dieser Kleinen meist Monate lang zuckerfrei, stellt sich aber dann wieder Melliturie ein und erhält die Patientin von Neuem Arsenik, so ist bald wieder der Harn vom Zucker befreit.

Vor wenigen Monaten stellte sich mir ein Herr mit einem hartnäckigen ekzematösen Ausschlage an Lippen und Kinn vor. Bei der Untersuchung des Harnes zeigte es sich, dass es sich um einen Zuckerkranken handelte und auf nachträgliches Befragen wurden auch ungewöhnlich lebhafter Durst und Appetit angegeben. In Folge von einer zweckmässigen Diät fiel der Zuckergehalt von 5 auf 2,5 Procent. Alle gebräuchlichen Medicamente, auch der vorher gerühmte Arsenik, liessen im Stich, aber der Zucker minderte sich binnen 3 Tagen auf 0,7 Procent und war nach 8 Tagen überhaupt nicht mehr in dem Harn nachweisbar, als der Patient eine Opiumtherapie befolgt hatte.

Bei dem jungen Mädchen aus Wallisellen, das sich noch gegenwärtig auf der Klinik wegen Diabetes mellitus befindet, blieben alle Medicamente so gut wie einflusslos, bis ich sie eine strenge Brunnencur mit Carlsbader Mühlbrunnen gebrauchen liess, von welchem sie anfänglich morgens im nüchternen Zustande 1, dann 2 und schliesslich 2½ Wasserglas warm zu trinken hatte. Der Harn wurde binnen drei Wochen gänzlich zuckerfrei, was um so auffälliger erscheinen musste, als die Kleine beim 24stündigen Hungern sowohl, als auch bei reinster Fleischkost den Zucker im Harn behalten hatte, wenn auch in verminderter Menge, so dass man ihre Krankheit zu den schweren Formen zählen musste.

Nun ist aber vor einigen Jahren über den Nutzen der Carlsbader Wässer und besonders über ihre Wirkung in Krankenanstalten von guten Aerzten sehr geringschätzig und abfällig geurtheilt worden, so dass man eben keine andere Erklärung dafür finden kann, als dass sich das nach rein individuellen Verhältnissen richtet. Ich muss hier noch hinzufügen, dass nachdem bei meiner kleinen Kranken der Carlsbader Brunnen ausgesetzt und dennoch der Harn viele, viele Wochen lang zuckerfrei geblieben war, die Patientin deshalb eine uneingeschränkte Kost erhielt, damit ich sie womöglich als Zuckerkranke klinisch vorstellen konnte. Mein Zweck wurde zwar erreicht, als ich es dann aber wieder bei ihr mit dem Carlsbader versuchte, ging zwar der Zuckergehalt des Harnes wesentlich zurück, aber zu einem vollkommenen Schwinden kam es nunmehr nicht mehr, so dass man daraus jedenfalls ersieht, dass man mit derartigen Versuchen sehr vorsichtig sein sollte. Auch die Salicylsäure und das Natrium salicylicum sind nicht Mittel, welche unter allen Umständen Nutzen bringen, wenigstens habe ich sie von mehreren meiner Kranken ohne jeden Einfluss gebrauchen lassen. Es wird Ihnen wahrscheinlich erinnerlich sein, dass vor einiger Zeit ein Basler College, Herr Dr. *Gönner*, in unserem „Correspondenzblatt“ über die ausserordentlich günstige Wirkung des Antipyrins bei

Diabetes mellitus berichtet hat.[1]) Würde ich der Ansicht sein, dass nun dieses Mittel in allen Fällen von Diabetes mellitus einen heilsamen Einfluss entfalten müsste, so wäre ich auf dem besten Wege, auf Grund eigener Erfahrungen die Richtigkeit der Angaben unsers Collegen *Gönner* in Zweifel zu ziehen. Bei der vorhin erwähnten kleinen Patientin, welche durch eine Carlsbader Brunnencur auf der Klinik zuckerfrei wurde, war auch vorher Antipyrin zu täglich 1, dann zu 2, 2,5 und 3 gr. benützt worden. Was war hier der Erfolg? Der Zuckergehalt des Harnes blieb unverändert; nach 8 Tagen verlor die Kleine in der bedenklichsten Weise den Appetit, dazu gesellte sich ein fieberhaftes Antipyrinexanthem, und das Allgemeinbefinden nahm einen so bedrohlichen Charakter an, dass man die Antipyrinbehandlung aussetzen musste. Trotzdem liegt es mir durchaus fern, auf Grund dieser Erfahrung über die Antipyrinbehandlung der Zuckerharnruhr den Stab brechen zu wollen, im Gegentheil glaube ich sehr wohl, dass entsprechend den Mittheilungen des Herrn Dr. *Gönner* das Mittel in andern Fällen Erfolg haben wird.

Wenn Sie mir noch einige wenige Worte über die Brunnenbehandlung der Zuckerharnruhr gestatten wollen, so gebe ich nach meinen Erfahrungen unter allen Orten Carlsbad den Vorzug. Ich gehe meist so weit, dass ich meinen Kranken mit einiger Sicherheit verspreche, sie würden zuckerfrei aus Carlsbad zurückkehren, und ich darf sagen, dass sich dieses Versprechen so gut wie ausnahmslos erfüllt hat.

In Göttingen bekam ich eine corpulente Dame zur Behandlung, die sich wegen eines unerträglichen Pruritus vaginæ an mich gewandt hatte. Die Untersuchung des Harns ergab, dass diesem Pruritus, was ja nicht so selten vorkommt, Zuckerharnruhr zu Grunde lag. Auf meinen Rath ging die Dame nach Carlsbad und kehrte nach 4 Wochen mit zuckerfreiem Harn zurück. Nach einigen Monaten aber stellte sich wieder Zucker im Harn ein, der allmälig an Menge mehr und mehr zunahm. Im nächsten Sommer brauchte sie, ich will ganz offen sein, gegen meinen Rath Neuenahr, um dort mit ihrem Manne gemeinsam eine Cur unternehmen zu können, aber sie verlor danach den Zucker nicht aus dem Harn. Als sie dann im nächsten Sommer wieder nach Carlsbad pilgerte, wurde sie von dort zum zweiten Mal als genesen entlassen.

Es liegt mir ganz fern, diesen oder jenen Badeort besonders herausstreichen zu wollen; es werden auch da individuelle Verhältnisse in Betracht kommen.

Eine dauernde Genesung wird auch nach einer glücklich und erwünscht verlaufenen Carlsbader Cur in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ausbleiben. Ich deutete schon vorhin an, dass sich über kurz oder lang von Neuem Zucker im Harn zeigt, und dass man solche Curen wiederholen muss. Dabei kann es gewisse Schwierigkeiten bieten, sich über den Punkt vorläufiger völliger Genesung genau auszusprechen, indem sich beispielsweise bei Anwendung der *Trommer*'schen Probe im unverdünnten, verdünnten und selbst durch Kohle filtrirten Harn keine exacte Reduction, sondern nur die Bildung einer grünlichen Verfärbung oder eines wolkigen gelblichen Niederschlages im Harn zeigt. Auch beim Titriren des Harnes mit *Fehling*'scher Flüssigkeit kommt man zu keinem rechten Resultat. Uebt man die *Moor*'sche Probe durch Kochen mit Kalilauge aus, so färbt sich der Harn intensiv gelb, aber nicht mahagonibraun. Lässt man den Harn gähren, so entwickelt er

[1]) Cfr. „Corr.-Blatt" 1887 Nr. 19, pag. 604.



zwar einige wenige Kohlensäurebläschen, zu einer lebhaften Gährung kommt es aber nicht. Unter solchen Umständen, die wohl jedem gewissenhaften Practiker bekannt sind, kann es, wie gesagt, schwierig sein, zu erklären, ob die Genesung vollständig ist oder nicht. Aber jedenfalls lehrt die Erfahrung, dass solche Leute ausserordentlich leicht unverkennbar Zucker im Harn wieder bekommen, und auch bei völlig Genesenen kündigt sich vielfach das Wiedererscheinen des Zuckers durch ein intermediäres Stadium im Harn an, wie es eben geschildert wurde.

Ich habe im Vorangehenden einen wunden Punkt der Behandlung des Diabetes mellitus berühren müssen, nämlich den, dass dauernde Genesung in der Regel vermisst wird. Dauernde Genesung habe ich bisher nur ein einziges Mal bei einem Weinreisenden gesehen und auch hier kommt schliesslich dem Begriff dauernd doch nur eine zeitlich beschränkte Bedeutung zu.

Der Herr consultirte mich in Göttingen wegen Magenbeschwerden. Die Untersuchung ergab eine sehr harte, leicht vergrösserte Leber, und im Harn fand ich Zucker. Eine fortlaufende Untersuchung zeigte nun, dass der Harn nur in der Zeit zwischen 10 bis 4 Uhr Mittags Zucker enthielt und an manchen Tagen ganz zuckerfrei war. Der Kranke besuchte Carlsbad, kehrte zuckerfrei zurück und blieb es auch während der 5 Jahre, welche ich ihn ohne Unterbrechung zu beaufsichtigen hatte.

Haben wir schon in dem Diabetes mellitus eine seltene Krankheit kennen gelernt, so gilt dies in noch höherem Grade für den Diabetes insipidus. In den 4 Jahren meiner Züricher Thätigkeit habe ich nur 1 Mann und 1 Frau auf der Klinik an dieser Krankheit behandelt, und unter 35,942 Kranken, welche sich 1876—1887 auf den medicinischen Abtheilungen des Cantonsspitales befanden, kam Diabetes insipidus nur bei 4 Männern und 3 Frauen, also bei 7 Personen vor, so dass die einfache Harnruhr um mehr als die Hälfte seltener war, als die zuckerige. Auch bei der Behandlung des Diabetes insipidus muss man individualisiren. So heilte ich einen Rentmeister, der in der Nähe von Göttingen wohnte, und seine Krankheit durch geistige Ueberanstrengung beim Abschluss der Jahresrechnung bekommen hatte, wobei er zugleich sehr blass geworden war, in kurzer Zeit durch Tinctura ferri acetici Rademacheri. Gegenwärtig liegt ein 38jähriger Schlosser auf meiner Klinik, gegen dessen Diabetes insipidus alles Mögliche ohne Erfolg versucht war. Es handelte sich um eine nicht unbedeutende Erkrankung, denn wenn man dem Patienten den Genuss von Flüssigkeit in uneingeschränkter Weise gestattete, so stieg seine Harnmenge bis 13,000 ccm. innerhalb 24 Stunden. Bei diesem Patienten wurde gerade durch jenes Mittel eine bleibende Herabsetzung der Harnmenge zur Norm herbeigeführt, welches mich in einem Falle von Diabetes mellitus im Stiche gelassen hatte, nämlich durch 5,0 Antipyrin täglich, so dass wir auf Grund dieser Erfahrung das Antipyrin zu denjenigen Mitteln zählen müssen, welches unter Umständen die einfache Harnruhr bekämpft.

Zur Casuistik der Darmeinklemmung.

Von Dr. F. Dumont,

Arzt des Krankenhauses Wartheim zu Bern.

Es sei mir gestattet, über zwei Fälle von Darmeinklemmung zu berichten, die wegen der besondern Verhältnisse, unter denen sie aufgetreten, nicht gerade zu

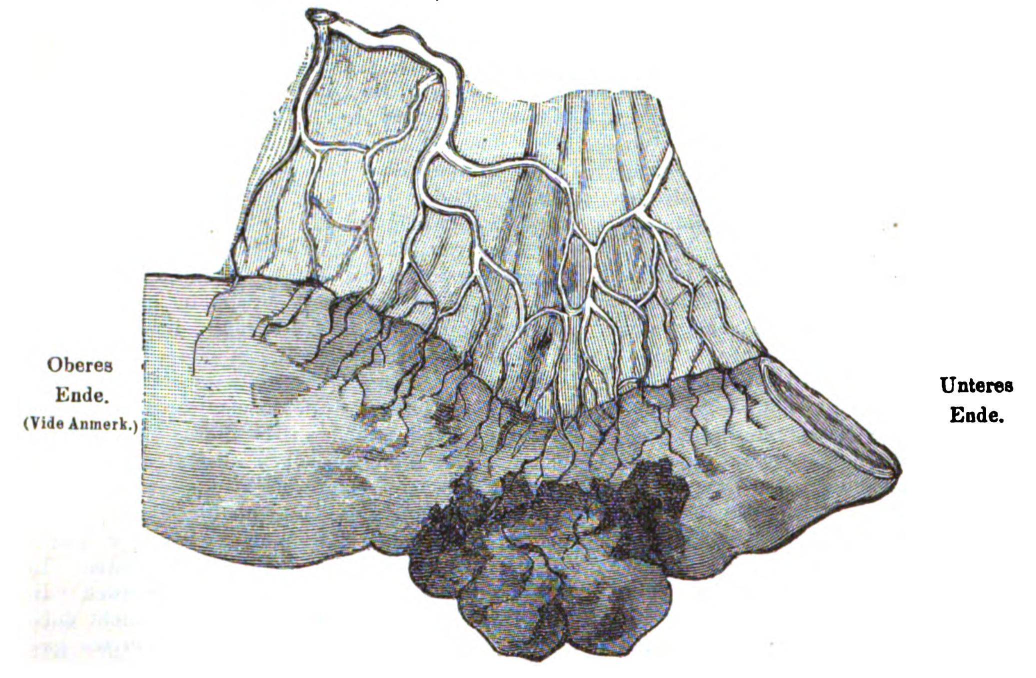
den häufigsten Vorkommnissen in der Chirurgie gehören und welche deshalb vielleicht das Interesse der Herren Collegen auf einige Augenblicke in Anspruch nehmen dürften.

Der erste Fall betrifft einen 40jährigen Herrn R. aus R. bei Bern. Derselbe litt seit ca. 7 Jahren an Tabes und hatte im Verlaufe dieser Krankheit von Zeit zu Zeit äusserst heftige „crises gastriques“, während derer er meist unter vielen Schmerzen grüne Massen erbrach. Leider wurde ihm vom Arzte seiner Zeit die Morphiumspritze und Morphiumlösung zur Bekämpfung seiner Schmerzen als ultimum refugium in die Hände gedrückt, so dass der Patient allmälig ein leidenschaftlicher Morphioman geworden.

In der Nacht vom 24. auf den 25. December 1887 trat nun beim Patienten eine sehr starke crise gastrique auf und wurde er von heftigen Brechanstrengungen geplagt. Kurze Zeit nach Auftreten des Anfalles gewahrte er in der rechten Leiste eine kleine haselnussgrosse Geschwulst, die während der Nacht unter dem ständigen Würgen und Brechen zunahm, und am Morgen den Umfang eines kleinen Taubeneies erreichte. Ich sah den Patienten am Weihnachtsmorgen gegen 9 Uhr und constatirte eine etwas unebene, ziemlich harte, unschmerzhafte Geschwulst, die unter dem Lig. Pouparti rechterseits sass und mit einem Stiele sich in die Richtung des Schenkelcanals verlor. Der Percussionsschall war gedämpft. Die ganze Umgebung der Geschwulst war unschmerzhaft. Die nähern Erkundigungen bei der Gemahlin des Patienten, wie bei diesem letztern ergaben, dass Patient am Abend vorher noch Stuhl gehabt, dass Winde während der Nacht mehrmals abgegangen. Patient erbrach mehrmals in der Nacht, aber dies war dem Patienten wie seinen Angehörigen nichts Auffälliges, man versicherte mich im Gegentheil, dieses Erbrechen sei bei den Anfällen immer da und daure gewöhnlich 2—3 Tage, bis der Anfall ganz vorbei sei. Der Patient selbst hatte angeblich gar keine Beschwerden von dieser Geschwulst; er hatte aber dafür äusserst heftige Schmerzen im Magen, den er mit beiden Händen zusammengepresst hielt. Er hatte in der Nacht mehrmals Morphium eingespritzt. — Ich diagnosticirte eine rechtseitige eingeklemmte Schenkelnetzhernie. In Anbetracht der intensiven Magenschmerzen einerseits, dann andererseits des Umstandes, dass Stuhl und Winde vorhanden gewesen, hielt ich eine tiefer eingreifende Therapie nicht für indicirt. Als wenige Taxisversuche nicht gelangen, verordnete ich Eisaufschläge auf die Stelle und sah dann den Patienten am gleichen Abend wieder. Der Status war unverändert: Bruch gleich wie am Morgen, Abdomen in der Nähe desselben absolut unschmerzhaft, Magengegend aber äusserst druckempfindlich. Im Laufe des Tages war wieder Stuhl erfolgt. — Ich hatte keinen Grund, an der Auffassung und an der Therapie des Falles etwas zu ändern. — Am 26. December sah ich den Patienten wieder, der Status war insofern verändert, als die Magenschmerzen etwas abgenommen hatten. In der Nähe des Bruches konnte keine Druckempfindlichkeit wahrgenommen werden. In meiner Anwesenheit erfolgte noch ein Stuhl. Das Erbrechen hatte noch immer nicht aufgehört, was uns Allen um so weniger auffiel, als Patient eben während seinen crises gastriques daran gewöhnt war. — Patient hatte, wie übrigens seit Monaten, in der Nacht mehrmals Morphium eingespritzt. — Ich sprach der Familie gegenüber meine Absicht aus, den Patienten zu operiren, zöge aber vor zu warten, bis dass die „crise gastrique“ vollständig vorbei, da ich die Aussichten für den ohnehin sehr decrepiden Patienten so günstig als möglich stellen wollte.

Am nächstfolgenden Tage (28. December) besuchte ich den Patienten und war nicht wenig entsetzt, zu hören, dass seit letzter Nacht das Erbrochene nach Koth rieche. Ich konnte mich von der Richtigkeit dieser Aussage an dem Erbrochenen leider überzeugen. Ich untersuchte nochmals den Bruch und die Nachbarschaft auf's Genaueste: ich konnte nirgends im Abdomen die geringste Druckempfindlichkeit oder die leiseste Auftreibung wahrnehmen. Patient hatte in der Nacht wieder Morphium eingespritzt, und zwar nach meiner Berechnung 0,03. Ich hatte Mühe, mich von meiner ersten Diagnose abwendig machen zu lassen und doch stimmte das Kothbrechen mit dem eingeklemmten Netzbruch nicht. Ich schlug daher eine Consultation vor, die am 29. Morgens mit Prof. *Kocher* stattfand. Der Status des Patienten war wenig verändert, es hatte seit gestern kein Kothbrechen mehr stattgefunden, Abdomen nicht aufgetrieben, Bruchgegend nicht im geringsten empfindlich. Prof. *Kocher* hatte auch die Ansicht, es könne sich um einen ein-

geklemmten Schenkelnetzbruch handeln, in Anbetracht des Kothbrechens aber liess er die Möglichkeit eines Darmwandbruches offen. Jedenfalls schien ein operativer Eingriff indicirt und Patient wurde gleichen Tags auf die Wartheim gebracht. — Der Transport ereignete sich ohne Zwischenfall, es trat kein Kothbrechen mehr auf. — Am andern Morgen (am 30. December) fand die Operation statt. Nach Reinigung des Patienten wird in Aethernarcose ein Querschnitt über die Geschwulst gemacht, Haut und Fascien durchtrennt und Blutung gestillt und nun der Bruchsack eröffnet. Derselbe enthält ziemlich viel Blutcoagula, in der Tiefe einen kleinen blauröthlichen Darmtheil. Nach exactem Auseinanderhalten des Bruchsackes werden mehrfache kleine Incisionen zum Débridement gemacht, jetzt der eingeklemmte Darm hervorgezogen. Es entpuppt sich derselbe als Dünndarmschlinge, von welcher aber nur eine Wand eingeklemmt ist, d. h. also als Darmwandbruch. An der Einschnürungsstelle zwei deutliche necrotische Stellen. (Vgl. Figur, die ich der Freundlichkeit meines Collegen, Dr. *Lardy*, Assistenzarzt der chirurg. Klinik, verdanke.) — Unter solchen Umständen konnte es sich nur um eine Resection des Darmes



Natürliche Grösse.

handenl, die nun von Herrn Prof. *Kocher* ausgeführt wurde. Der Darm war stark hämorrhagisch infiltrirt, es wurde nach beiden Richtungen genau nach der Grenze dieser Infiltration geachtet und im Gesunden operirt. Die Länge des resecirten Darmstückes betrug 20,5 cm. Die Darmnaht in 2 Etagen gemacht: fortlaufende Schleimhautnaht, Serosa-Knopfnähte. Reposition. Ligatur und Resection des Bruchsackes. Wunde mit Entspannungs- und fortlaufender Naht geschlossen und mit Jodoform-Sublimatgaze verbunden.

Patient erwacht ca. 2 Stunden post operationem. Er gibt keine weitern Schmerzen an und fühlt sich leidlich, ist fieberlos. Abends bekommt er ein Laudanumclystier (15 gtt.). — Später in der Nacht wird er unruhig und verlangt nach Morphium. Es wird ihm 0,01 eingespritzt, worauf er etwas schläft.

Am 31. December ist Patient ziemlich ruhig und wohl. Er verlangt aber nach kurzer Zeit nach Morphium. Es wird ihm wieder 0,01 eingespritzt, worauf er ruhiger wird. Temp. 36,5, Puls 95. Per Clysma Marsala und schwarzer Caffee.

Um Platz zu sparen, wurde in der Figur das obere Ende des resecirten Darmstückes, weil es zudem keine Besonderheiten zeigt, um 11 cm. gekürzt. Red.

Verbandwechsel. Wunde schön heilend, Entspannungsnähte entfernt. — Winde und etwas Stuhl abgegangen.

Gegen Abend erneute Morphium-Klagen; es werden ihm unter 2 Malen 0,01 Morphium eingespritzt, worauf Patient eine ordentliche Nacht hat.

Am 1. Januar ist Patient nicht so wohl. Er beklagt sich über vermehrte Schwäche, hat nur 36,1 Temp. und schreit heftig nach Morphium. Er bekommt 0,02 Morphium, worauf er etwas ruhiger wird.

Um 12 Uhr erbricht er zum ersten Male dunkle flüssige Massen. — Er bekommt etwas Eis und Champagner, worauf momentane Erleichterung eintritt.

Gegen Abend verschlimmert sich der Zustand. Das Abdomen wird aufgetrieben. Patient hat keine Winde mehr, noch Stuhl seit gestern. Er bekommt einen ängstlichen Ausdruck und klagt über Engbrüstigkeit.

Am Neujahrsabend 10 Uhr findet noch eine Consultation mit Prof. *Kocher* statt. In Anbetracht der grossen Schwäche des Patienten wird zunächst die Infusion von 2200 ccm. einer 37,5^0 warmen Kochsalzlösung in die rechte vena mediana basilica gemacht. Der Puls, der vorher sehr klein, hob sich zusehends und wurde kräftiger. — Darauf wurde eine Magenausspülung, ebenfalls mit lauer Kochsalzlösung gemacht und endlich die Wunde in der Leiste wieder geöffnet. Es war die Peritonealnaht bereits so fest verschlossen, dass man recht Mühe hatte, sie zu öffnen. Mit einem Schieber wurde der Darm gefasst und glücklicherweise gerade die Resectionsstelle getroffen und sorgfältig hervorgezogen. Es fand sich, dass die Naht durchgerissen und der Darm ganz morsch war. Es wurde nun ein künstlicher After angelegt und die Wunde mit warmen Compressen bedeckt. — Der Patient fühlte sich momentan sehr erleichtert, die Temperatur stieg gegen Morgen des 2. Januar auf 37,2, der Puls war voller.

Am 2. Januar Morgens war ziemlich viel Stuhl im Verband. Reichlicher Windabgang. — Patient fühlte sich aber gegen Mittag wieder schwächer, verlangte nach Morphium, wurde unruhiger und gegen 2 Uhr Nachmittags trat unter den Zeichen zunehmenden Collapses der Exitus ein.

Forschen wir nun nach den Ursachen, welche dieses ungünstige Ende bedingten, so müssen wir neben der durch das Grundleiden (Tabes) herbeigeführten Schwäche des Patienten und neben der durch dieses Leiden und wahrscheinlich auch durch den anhaltenden Gebrauch von Morphium veränderten Consistenz des Darmes, hauptsächlich den späten Zeitpunkt der Operation beschuldigen. Und doch war andererseits ein zu frühes Eingreifen in Anbetracht der obwaltenden Verhältnisse nicht sehr verlockend, um so weniger, als man positive Anhaltspunkte für die Diagnose einer wirklichen Darmeinklemmung nicht hatte. In der That wird in allen chirurgischen Lehrbüchern ältern und neuern Datums ausdrücklich mitgetheilt, dass bei Darmeinklemmung — gegenüber Netzeinklemmung — die Gegend der Bruchpforte, sowie die Bruchgeschwulst selbst, wenn nicht sofort nach der Einklemmung, doch bald darauf sehr druckempfindlich wird. So sagt *Després* in seinem vor ganz Kurzem erschienenen Werke „La chirurgie journalière", Leçons de clinique chirurgicale im Abschnitt über Netz- und Darmbruch: En face d'une hernie douloureuse, s'il y a le moindre doute, il faut toujours partir de ce principe que le doute même est une raison pour soupçonner qu'il y a de l'intestin dans la hernie et opérer." Er setzt also deutlich Schmerzhaftigkeit des Darmbruches voraus. — Die beiden interessanten Fälle von Darmwandbrüchen mit Necrose des Darmes, die *Burckhardt* im letzten Jahre dieses Blattes publicirt hat (vgl. p. 577), zeigten auch als hervorragendes Symptom eine sehr deutliche Druckempfindlichkeit des Bruches. Bei unserm Patienten fehlte aber dieses Cardinalsymptom vollständig, und zwar noch unmittelbar vor der Operation, so dass wir kaum irregehen, wenn



wir annehmen, dass dieses Fehlen nur durch den grossen Morphiumgebrauch des Patienten maskirt wurde.

Zweitens durften wir das Erbrechen, welches in jedem andern Falle zur Diagnose besser verwerthbar gewesen wäre, leider hier um so weniger berücksichtigen, als es bereits vor dem Bruche selbst aufgetreten, als es bei dem Patienten und seinen Angehörigen beim Eintreten einer crise gastrique eine ständige Erscheinung bildete, an welche man seit Jahren gewohnt war.

Kurz, das ganze Symptomenbild war so recht angethan, den Arzt irre zu leiten.

Der zweite Fall betrifft einen vier Monate alten Knaben, der seit der Geburt etwas schwächlich und bei dem die Mutter im letzten Juli nach einem Anfall von Magen-Darmcatarrh eine kleineigrosse Geschwulst in der rechten Leiste wahrnahm. Dieselbe trat ziemlich rasch auf und konnte Seitens der Angehörigen nicht mehr reponirt werden. Der herbeigerufene Arzt Dr. *Dick* constatirte einen eingeklemmten Leistenbruch und wies uns das Kind zur Operation zu.

Das Kind war sehr schwächlich; nach Angaben der Mutter war seit dem Abend vorher weder Stuhl noch Windabgang erfolgt; es erbrach zudem Alles, was ihm dargereicht wurde. — Wir machten geringe Taxisversuche, und wie diese misslangen, nahmen wir ca. 20 Stunden nach der Einklemmung die Herniotomie vor. Unter Assistenz von Dr. *Sahli* wird in Aethernarcose eine Längsincision über den Tumor gemacht, Haut und Fascien durchtrennt, Blutung gestillt und nun der Bruchsack, der durch den Processus vaginal. peritonei gebildet, eröffnet. Hier findet sich als eingeklemmter Darmtheil das Cœcum mit dem Processus vermiformis und ein ganz geringer Theil des Ileum vor. Es wird jetzt nach oben und innen debridirt, der Darm reponirt, Bruchpforte mit starkem Catgut genäht, der Bruchsack so hoch als möglich excidirt, Wunde drainirt und geschlossen. Verband mit Jodoform-Sublimatgaze.

Der kleine Patient war nach der Operation ziemlich collabirt, doch erholte er sich nach kurzer Zeit. Stuhlgang erfolgte am andern Morgen reichlich. — Die Wunde heilte nicht per primam, indem der Verband durch die reichlichen sauren Stuhlentleerungen beschmutzt wurde. Nichtsdestoweniger schloss sich die Wunde aber ohne weitern Zwischenfall. Patient wurde bereits am 4. Tage aus dem Spital entlassen und daheim weiter behandelt. — Leider wurde er hier bei seiner Rückkehr von einem seiner Geschwister mit Keuchhusten inficirt und diese Pertussis, die einen ohnehin an Bronchitis leidenden schwächlichen Knaben befiel, mag wohl hauptsächlich der Grund gewesen sein, dass der Bruch in kurzer Zeit recidivirte. — Ich sah den Knaben in jüngster Zeit und konnte mich überzeugen, dass der Bruch jetzt ebenso gross wie vor der Operation war, und dass der Kleine sich zudem einen Nabelbruch zugezogen hatte. Für beide Brüche trägt er ein Bruchband. Ob der Bruch auch ohne Pertussis recidivirt wäre, ist natürlicherweise eine offene Frage, dies um so mehr, als das Kind später noch an Magendarmcatarrh litt und den Nabelbruch acquirirte.

Das Interessante des Falles liegt darin, dass eingeklemmte Hernien bei so jungen Kindern nicht häufige Erscheinungen sind. Hat doch *Kocher* in seiner Arbeit über „Hernien im Kindesalter“ (in *Gerhardt*'s Handbuch der Kinderkrankheiten) aus der Litteratur blos 34 Fälle von erfolgreicher Herniotomie zusammenstellen können. Seither ist mir aus der Litteratur noch ein Fall von Herniotomie bei eingeklemmtem Leistenbruche bei einem 11 Monate alten Knaben bekannt geworden. Der Knabe, der von Dr. *Demiéville* in Rolle operirt wurde, zeigte nach 3 Jahren kein Recidiv.[1]) Aus meiner langjährigen Assistententhätigkeit sowohl in der chirurgischen Klinik, als in der Poliklinik, erinnere ich mich nur an einen Fall eingeklemmten Bruches bei einem Knaben. — Sehr viele Fälle hat Prof. *Demme* beobachtet, indem

[1]) Revue médicale de la Suisse romande 1885, pag. 432.



von *Kocher* l. c. nicht weniger als 5 Fälle aus den Jahresberichten des Kinderspitales erwähnt werden. — Ferner ist der Inhalt des Bruches auch nicht der gewöhnliche, indem weitaus am häufigsten Dünndarm als Inhalt von Leistenbrüchen bei Kindern angetroffen wird. Cœcum mit Proc. vermiformis ist schon seltener, obwohl auch eine Zahl von Beobachtungen des gleichen Inhaltes bekannt sind.

Vereinsberichte.

Zweiter schweizerischer Aerztetag in Lausanne.

(XXXV. Versammlung des schweizerischen ärztlichen Centralvereins)

25.—27. Mai 1888.

Präsident: Dr. *E. Haffter*, Frauenfeld. — Schriftführer ad hoc: Dr. *F. Dumont*, Bern.

(Fortsetzung.)

Die von über 200 Aerzten besuchte Sitzung [1]) fand im Athenäum statt und wurde vom Präsidenten der Société vaudoise de médecine, Dr. *Dupont*, eröffnet. Derselbe begrüsste zunächst die anwesenden Gäste und übergibt das Präsidium dem derzeitigen Präsidenten des Centralvereins, Dr. *E. Haffter*, welcher sein Amt mit folgender Rede beginnt:

„Hochverehrte Versammlung! Es ist mir nicht nur eine hohe Ehre, sondern auch eine grosse, herzerhebende Freude, Sie hier willkommen zu heissen, willkommen zur zweiten Vereinigung der drei Gesellschaften, welchen die erdrückende Mehrzahl sämmtlicher Aerzte unseres Vaterlandes angehört. Der erste schweizerische Aerztetag fand, wie Sie sich erinnern, am 30. Mai 1885 in Bern statt unter dem ausgezeichneten Vorsitze unseres Collegen *Dufour*. Auch diesmal war der Präsidentenstuhl einem Mitgliede der Société de la Suisse romande zugedacht worden; die Société vaudoise de médecine hat aber in ihrer Sitzung vom 5. Mai beschlossen, das Präsidium in die Hände eines deutschsprechenden Arztes zu legen und es hat mich Herr Dr. *Dupont* Namens der erwähnten hochehrenwerthen Gesellschaft in liebenswürdiger Eindringlichkeit davon zu überzeugen gesucht, dass diese Würde zu den erhabenen Pflichten des derzeitigen Präsidenten des Centralvereins gehöre. Dies der Grund und die Entschuldigung, dass ich hier sitze und nicht ein Anderer — Verdienterer.

Der schöne Gedanke, die schweizerischen Aerzte in Lausanne tagen zu lassen, ging aus von der Société de la Suisse romande. Die darauf bezügliche Einladung fand in der letzten Herbstversammlung des ärztlichen Centralvereins in Olten freudigen Widerhall und die heutige Betheiligung ist ein sprechender Beweis dafür, dass die Wahl des Ortes eine glückliche war. Mutter Helvetia aber freut sich, dass das Gefühl der Zusammengehörigkeit unter ihren Söhnen kräftig und machtvoll ist und die Sprachverschiedenheiten und örtlichen Distanzen jederzeit überwinden kann!

So heisse ich Sie denn, verehrte Herren und Collegen, in gehobener und begeisterter Stimmung herzlich willkommen in der altehrwürdigen Hauptstadt des paradiesischen Waadtlandes, auf dem Boden einer noch jugendfrischen politischen Freiheit und Unabhängigkeit, an der Stätte, die seit mehr als dreihundert Jahren durch hervorragende Geister ein hellleuchtendes academisches Feuer unterhalten lässt, auf dem Fleck Erde, welcher es vor $1\frac{1}{2}$ Jahrhunderten am Beispiel Davel's mit angesehen, dass die Liebe zu

---

[1]) Die wie gewöhnlich bei solchen Anlässen schlecht circulirende Präsenzliste ergab zwar nur 140 Namen. Wir überzeugten uns aber, dass lange nicht alle Mitglieder sich eingeschrieben hatten. Beim Bankett wurden 230 Theilnehmer constatirt. Nach den Cantonen fanden sich auf der Präsenzliste: Waadt 51, Bern 26, Genf 13, Neuenburg 12, Freiburg 7, Zürich 9, Basel 7, Thurgau 3, Wallis, St. Gallen, Luzern je 2, Tessin, Graubünden, Schaffhausen, Solothurn und Aargau je 1; Ausland (Paris, London und Cannes je 1) = 3.



den Mitmenschen, die Begeisterung für Freiheit und Menschenwürde Folter und Tod überwinden kann.

Ein Hauptthema unserer heutigen Verhandlungen bildet die Frage der Organisation des schweizerischen Sanitätswesens, eine der vielversprechenden Blüthen jenes Baumes voll Saft und Jugendfrische, um dessen Cultur unser *Sonderegger, De Laharpe, Baader, Guillaume* u. A. sich verdient gemacht haben, und dessen Gedeihen jedem schweizerischen Arzte am Herzen liegen muss. Unser Zeitalter verlangt Theilnahme an den socialen Fragen, unser Gewissen verlangt es in noch viel höherm Maasse und um erfolgreich und zum Segen unseres Volkes darin wirken und durchschlagen zu können, müssen wir uns organisiren zu einer jederzeit schlagfertigen Armee, müssen unser Standesbewusstsein kräftigen, Selbstvertrauen und Siegesgewissheit bekommen und zwar im geraden Verhältniss zu dem Wachsen der Widerstände. — Wie dies am besten zu erreichen ist, werden Ihnen nachher zwei ausgezeichnete und ganz besonders dazu berufene Vertreter unseres Standes auseinandersetzen und Ihrer Discussion unterbreiten. — Mir wollen Sie gestatten, dass ich innerhalb eines bescheidenern Rahmens bleibe, dass ich von der Societät auf das Individuum, von der Armee auf den einzelnen Soldaten zu sprechen komme. Lassen Sie mich einige Streiflichter auf das werfen, was meinem Verständniss und meinem Herzen am nächsten liegt, auf den practischen Arzt und seinen Beruf!

Nichts Schöneres, nichts Edleres, als unser Beruf; denn die vollkommenste Genugthuung, die der Mensch im irdischen Jammerthal haben kann — das Bewusstsein, Andern etwas zu nützen, darf der Arzt, wenn er will, Tag für Tag in hohem Maasse erfahren und der Adelsbrief, der ihm dieses Vorrecht garantirt, heisst: Nächstenliebe; ihn schrieb vor 1900 Jahren der grösste Geist aller Zeiten, Jesus von Nazareth, der die dunkle Welt mit dem Licht erleuchtete: Liebe deinen Nächsten wie dich selbst! und dadurch den einzig möglichen Weg zur Erlösung aus dem socialen Elend zeigte. — Daher muss ein richtiger Arzt auf der Höhe der Nächstenliebe stehen; die Liebe zum Mitmenschen, speciell in der Form des theilnehmenden Interesses darf ihm nicht fehlen. Aber die Liebe ist blind und bedarf scharfer Augen; sie heissen Gewissen und Wissenschaft. — Das ärztliche Gewissen ist nicht ein Ding an sich, sondern ein Product der Erkenntniss und hat — wie diese — im Laufe der Zeiten, je nach dem Stande unserer Wissenschaft, verschiedene Gestaltungen erfahren. Einst, noch vor Jahrzehnten, blieb es ruhig, wenn der Kranke lege artis — nach den Autoren mit combinirten Heiltränken und mit den damals üblichen, uns jetzt fast wahnwitzig erscheinenden Eingriffen in den physiologischen Haushalt behandelt worden war, gleichviel mit welchem Resultate. Ob der an Pneumonie Erkrankte starb oder nicht — wenn nur die Venäsection nicht unterblieben war; dass die Wöchnerin an Puerperalfieber erkrankte, was konnte man dafür? Die Geburt war ja nach den Regeln der Kunst zu Ende geführt worden. Heutzutage pocht und hämmert das Gewissen und soll nicht zur Ruhe kommen, bis wir am Krankenbette auf physiologisch-anatomischer Grundlage die möglichste Klarheit erreicht und unsere Therapie — nicht wie's im Buche steht — sondern streng individualisirend danach eingerichtet haben. Zum Wohle der Kranken und zum Heile der Gesunden sind wir in der Therapie etwas skeptischer und in der Prophylaxe werkthätiger geworden. Die rege Bethätigung in der letztern bedeutet Theilnahme an den social-medicinischen Fragen und da ist die Arbeit des Einzelnen wichtig und unerlässlich, wenn wir als Corporation und auf gesetzgeberischem Wege etwas erreichen wollen.

Wenn es Dir gelingt, einen einzigen Menschen von der Wichtigkeit sanitarischer Grundsätze zu überzeugen und bei einer einzigen Familie vernünftiger practischer Hygieine Eingang und Boden zu verschaffen, so hast du etwas in socialer Medicin geleistet und einen wichtigen Baustein zu dem von uns erträumten und ersehnten Gebäude geliefert. Du darfst aber nicht müde werden, zu predigen und zu belehren; es kann Deinem Beutel zum Nachtheil gereichen, aber es zahlt sich in idealer Münze, die Dein Herz froh und Deinen Sinn leicht macht. An Gelegenheiten fehlt es nicht. Sollst Du's stillschweigend mit ansehen, dass die zierlichen Füsschen der Kinder schönheitssinnver-



dorbener Eitelkeit zu Liebe in unnatürliche Schraubstöcke gezwängt und aus ihrer Form gebracht werden? Und darfst Du schweigen, wenn in Deinem Clientenkreise der Brustkorb aufblühender Mädchen — als Opfer einer wahnsinnigen Mode und in Missachtung aller ästhetischen und hygieinischen Gesetze — zusammengeschnürt wird?

Oder kannst Du Dich ohne Gewissensbisse zum Mitschuldigen eines Erziehungssystems machen, das oft mit Hintansetzung aller Rücksichten auf körperliche und geistige Gesundheit die empfindlichen Gehirne der Jugend mit geistiger Nahrung überbürdet — multa statt multum — und mit Verantwortlichkeit für Neurasthenie und Hysterie und andere Kennzeichen unseres allzu wenig nach spartanischen Grundsätzen eingerichteten Zeitalters. — Es ist nicht genug, dass Du Deinen Kranken nachgehst; das ist recht und gut und Deine Pflicht; aber Du darfst nicht — Gewehr bei Fuss — dem Wahnsinn der Gesunden gegenüberstehen und zusehen, wie sie durch unvernünftige Lebensweise ihr köstlichstes Gut untergraben, sondern Du musst mit gewaffneter Zunge und mit gutem Beispiel in eindringlichster Weise den Standpunkt des Gesundheitslehrers vertreten.

Dies verlangt die Nächstenliebe und das Gewissen in allen Dingen, die Du als gesundheitswidrig erkannt hast und deren gibts Legion und auf Schritt und Tritt und ihre Freunde sind: Mode, Eitelkeit, Habsucht, Dummheit und Gleichgültigkeit.

Durch die Erkenntniss des Wesens der Infectionskrankheiten, speciell auch der Wund- und puerperalen Erkrankungen ist das ärztliche Gewissen mehr als durch alles Vorausgehende zugeschärft und belastet worden. Das Licht, das von *Pasteur*, *Lister* u. A. ausging, hat ein bisher dunkles Gebiet hell gemacht und darin 1000 kleine Gewissenlosigkeiten und Ungereimtheiten beleuchtet, die man vorher ahnungs- und arglos beging und zu deren Beseitigung eine ganz neue Denk- und Handlungsweise nothwendig wurde. Wehe den Kranken des Arztes, der diesem Lichte den Eintritt verwehrt und den Augiasstall nicht ausräumt; gesegnet aber ist der Arzt und sein Wirken, wenn er der Erkenntniss sich nicht verschliesst, sondern auf Schritt und Tritt nach antiseptischen Grundsätzen denkt und handelt; der weiss, dass chirurgische Wundkrankheiten und Puerperalfieber zu verhüten sind, und der vorkommenden Falls erst an seine Brust schlägt und fragt: Wo habe ich gefehlt? bevor er die Frage der Autoinfection ventilirt. Die fortgeschrittene Erkenntniss im Wesen der Infectionskrankheiten im weitern Sinne erhöht allerdings unsere Leistungsfähigkeit auf dem Boden der Prophylaxis in früher ungeahnter Weise, steigert aber unsere Verantwortlichkeit in demselben Verhältniss und macht sie in vielen Fällen zu einer drückenden und aufreibenden. Aber es muss gesagt sein: Ohne minutiöses antiseptisches Gewissen und antiseptische Denkweise hat der Arzt unserer Tage und jetziger Erkenntniss als Arzt keine Existenzberechtigung mehr, und ist sogar gemeingefährlich.

Meine Herren Collegen! Das Arbeitsfeld des Arztes ist ein schwieriges, die Arbeit mühevoll und aufreibend, der Kräfteconsum ein gewaltiger und manch' Einer legt sich in der schönsten Blüthe des Lebens zur ewigen Ruhe, dessen Lebenskraft bei einer andern Berufsart noch für lange Jahre ausgereicht hätte. Wenn wir mit unserm geistigen Auge Rundschau halten, so vermissen wir Viele, die zu unsern Freunden zählen, und vor Allem erinnern wir uns mit tiefem Schmerze, dass er nicht mehr unter uns weilt, der sonst an unsern Versammlungen nie gefehlt hatte, er — der Mann, aus idealer Begeisterung und zäher Arbeitslust — aus Menschenliebe und Thatkraft zusammengesetzt — *Arnold Baader*. Wenn ich mir den ärztlichen Beruf in idealer Form, die stets jugendliche Begeisterung für alles Schöne und die aufopferungsfähige Liebe zu den Mitmenschen personificiren will, so erscheint vor meinem Auge das Bild *Baader*'s. In unser Aller Herzen, die wir ihn kannten und liebten, bleibt es frisch, lebendig, nachahmungs- und verehrungswürdig. — Lassen Sie uns sein und unser anderer geschiedener Collegen Andenken durch Aufstehen ehren!

Und nun, meine verehrten Freunde, nochmals willkommen, willkommen zu ernster Arbeit und zur Erholung, zur Pflege der Wissenschaft und der Freundschaft! Ich erkläre die Versammlung für eröffnet."

Der mit grossem Beifalle aufgenommenen Präsidialrede folgte nun die Behandlung des Discussionsthemas: **„Organisation des schweizerischen Sanitätswesens“.** Ueber diese Frage referirte zunächst in französischer Sprache Dr. *de Cérenville* (Lausanne).[1] Als deutscher Referent sprach Dr. *Sonderegger* (St. Gallen) folgendermaassen:

„Organisation des schweizerischen Medicinalwesens! Das Medicinalwesen ist Sache der souveränen Cantone und es gibt gar kein Eidgenössisches Medicinalwesen! Diese beiden Sätze sind die Angeln, um welche sich die Verhandlungen fast aller schweizerischen Aerzteversammlungen in dieser Frage gedreht haben und noch drehen; sie sind die Marksteine, wo getreue liebe Eidgenossen auseinandergehen, die einen zur Resignation über diese Bagatelle, die andern zum Kampfe für eine schwere sociale Frage.

Wir haben ein Eidg. Medicinalwesen und eine amtliche Gesundheitspflege für unsere Hausthiere, das ist wahr und schön. Wir haben ein sehr zeitgemässes, mit Einsicht und mit Kraft durchgeführtes Fabrikgesetz. Wir haben ein Eidg. Medicinalwesen für die Armee, das ist ebenfalls unbestritten und ganz gut. Wir haben Eidg. Medicinalprüfungen und Befähigungsausweise, die jeder Canton beachten kann, wenn es ihm gefällt und so weit er es nicht vorzieht, Gnaden zu spenden, welche er will. In dem Gebiete der Volksgesundheitspflege aber hat der Bund ganz und gar nichts zu sagen und diese, so wie die Krankenbehandlung, betreibt jeder unserer 25 souveränen Staaten so, wie es ihn gut dünkt und ohne alle Rücksicht auf seine Nachbarn; in diesen Dingen ist der Wiener Congress von 1815 permanent geworden; jeder Canton denkt nur an sich und keiner an das vielbesungene und mit den allerfeierlichsten Betheurungen überschüttete Vaterland.

Das alles kann kein Zufall sein. Das Lob wie der Tadel dieses Zustandes ist gleich nutzlos und wir müssen uns vor allem fragen, warum es denn eigentlich kein Eidg. Medicinalwesen gebe, noch geben soll?

In den Jahrhunderten, aus welchen sich unser Staatenbund allmälig herangebildet hat, lagen die einzelnen Cantone weit entfernt von einander; Bünden war eine Welt für sich, Tessin lag weit über den Bergen und war ein fremdes Land; bei dem Ostschweizer war es ganz gebräuchlich, mit den Worten: „bis gegen Lausanne hin“, oder gar „bis nach Genf“ eine ungeheure Entfernung zu bezeichnen, und man brauchte ja wirklich Zeit genug, sie durchzureisen. Politik, Justiz und Verwaltung waren ganz selbstverständlich sehr verschieden, und wer alles zusammenschmelzen wollte, der wäre ein geistreicher, aber sehr unpractischer Anhänger der Helvetik gewesen.

Unterdessen haben die Naturwissenschaften die ganze sociale Welt umgestaltet. Ingenieure, Maschinenbauer und Electrotechniker haben tausend alte Schranken niedergerissen, alle Länder sind kleiner geworden und auch unsere Cantone sind zu einer Masse zusammengeschmolzen, die bei einander bleiben muss, ob sie will oder nicht will. Unser Vaterland ist durch den Verkehr in die Reihe aller Culturvölker fest eingefügt und unser Volk ist zu einer einzigen Familie geworden, welche nur durch den Verband ihrer einzelnen Glieder die politische und öconomische Selbstständigkeit zu behaupten vermag.

Die grosse französische Revolution, die neben allen Greueln auch grosse Ideen zu Tage gefördert, hat uns die sociale Wissenschaft, das Studium des Völkerlebens, die Bevölkerungsstatistik und deren nächste Consequenz, die Volksgesundheitspflege, geschaffen. In allen Culturstaaten der Erde hat dieses Samenkorn der Humanität gekeimt und Früchte getragen, am frühesten und schönsten in vielen Staaten der Nordamerikanischen Union, dann in England, dann — allerdings nur im Treibhause der absoluten Centralisation — in Frankreich, dann, mit epochemachender Gründlichkeit und Umsicht, in Deutschland, und endlich, wenigstens anstandshalber und an den Hochschulen überall, in Oesterreich-Ungarn, Russland, Italien; nur wir Schweizer sind ganz allein und ausnahmsweise zurückgeblieben. Während wir uns in allen grossen Lebens- und Verwaltungsgebieten enger

---

[1]) Das französische Referat des Herrn Dr. *de Cérenville* erscheint in extenso in der „Revue médicale de la Suisse romande“.



an einander schliessen, sind wir in allen Fragen der Volksgesundheitspflege noch 25 Grossstaaten, deren keiner vom andern Notiz zu nehmen braucht.

Man wendet uns ein: Besitzen wir nicht ein Eidg. Epidemiengesetz, mit welchem unsere Bundesbehörden alles zur Zeit Mögliche geleistet haben? Wir freuen uns dessen, aber im Sinne Göthe's, der mit so grossem Rechte sagt: „Das Wenige verschwindet leicht dem Blick — Der vorwärts schaut, wie viel noch übrig bleibt."

Das Gesetz ist nothgedrungen verstümmelt. Zuerst und ganz grundsätzlich lässt es alles bei Seite, was überhaupt als nützlich gilt: die Vorbeugung, den Grundsatz: Si vis pacem para bellum. Es darf und soll gar nichts gefordert werden, was einer Volksgesundheitspflege gleichsehen könnte. Dann schafft es eine Vertheidigungsarmee gegen Seuchen, welche aber aus 25 unabhängigen Korps besteht, ohne einheitliche Leitung, ohne organische Vereinigung, ja ohne jede Fühlung zwischen den einzelnen Abtheilungen, und im Ernstfalle werden wir so unbeholfen und unvorbereitet sein, als wie zuvor; nur die Kosten unserer Confusion wird der Bund zur Hälfte übernehmen; Ideen gibt er uns nicht, aber Geld, viel Geld.

Diese ganz ausnahmsweise schlechte Stellung unserer Volksgesundheitspflege lässt sich nur daraus erklären, dass die moderne Medicin bei uns ohne Vertretung ist, sowohl in der Tagespresse wie in den Räthen. Wir haben zweierlei Zeitungen: solche, welche über Medicin und Volksgesundheitspflege selten sprechen, das sind die gebildeten und volksfreundlichen Blätter, und solche, welche im Dienste der Schwindelmedicin und Geheimnisskrämerei stehen und zum Theil davon leben, und ihrer sind manche, auch grosse und anspruchsvolle, die in ihren Leitartikeln von Gott und Vaterland predigen, aber im Inseratentheil ein Kehrichtfass von Schwindelanzeigen mit sich führen und nicht müde werden, die Medicin und alle Anläufe zur Volksgesundheitspflege zu bekämpfen.

Demgemäss ist auch die öffentliche Meinung aller Curpfuscherei wohlgewogen, und vor fast allen Gerichten gibt es keine Vergehen, welche so milde, ja nur pro forma, bestraft werden, wie die Vergehen gegen die Volksgesundheit. Ich erinnere blos an die Fälle von Verheimlichung und Verschleppung der Pocken, oder von Verkauf milzbrandkranken Schlachtfleisches.

In den Parlamenten ist die Medicin in der Regel ohne Vertretung und lebt vom Almosen wohlwollender Juristen und gebildeter Staatsbeamter. Während wir den Landwirth, den Kaufmann, den Fabrikanten, den Juristen, den Schulmann, den Naturforscher, den Kunstfreund, ja den Sportsmann gelegentlich immer wieder erkennen, hält sich der Mediciner still und verleugnet seinen Beruf, dessen er sich förmlich zu schämen scheint. Die Ausnahmen von dieser traurigen Regel sind nicht zahlreich, aber um so ehrenvoller und es kann nicht genug anerkannt werden, dass derjenige unserer Collegen, welcher im Bundesrathe sitzt, bei allen Fragen der socialen Medicin Farbe bekannt hat und mit dem vielverdienten Chef vom Departemente des Innern für die wissenschaftliche Medicin eingestanden ist, und dass ihn unser College im Ständerathe getreulich unterstützt hat. Sehr wenige Aerzte haben sich ihnen angeschlossen; dagegen haben wir wiederholt erlebt, dass Aerzte im Parlamente die vollständige Unordnung alles Medicinalwesens als eine Forderung der reinen Democratie erklärten. Diese Anschauung war zeitweise sehr lustig für den unbetheiligten Zuhörer, wurde aber ernsthaft genommen, als man sie in's Politische zu übersetzen versuchte. Es ist gut, dass auch einmal die Politik das System zu spüren bekommt, unter welchem bisher nur die Medicin, zum grossen Spasse aller Demagogen, gelitten hat, das System, alle Achtung vor Menschen, vor Wissenschaften und vor Institutionen grundsätzlich zu verpönen, im Namen der Freiheit die Anarchie zu vertheidigen, jedem Abenteurer als einem Genie zuzujubeln und ihm das Recht zu sichern, sich so erbärmlich als möglich aufzuführen. Was man im Gesundheitswesen nicht begriffen, das wird in der Politik sofort klar: dass nämlich unser Land und Volk durchaus nicht ein Probirfeld für alle Welt werden darf und dass es ohne Ordnung keine Freiheit gibt. Der Anarchismus in der Medicin und Volksgesundheitspflege führt allerdings nicht zu Conflicten mit einer drohenden Arbeiterkaste oder gar mit mächtigen Nachbarn, sondern

blos zu solchen mit den Armen unseres Volkes, und mit unserm Gewissen und unserer Bildung; diese sind weniger auffällig und weniger gefährlich.

Wir Aerzte stehen an einem Scheidewege: entweder müssen wir fahnenflüchtig werden oder kämpfen; thun wir dieses als Bürger wie als Aerzte, so werden wir nur auf dem weiten und mühevollen Wege der öffentlichen Meinung zur Schaffung eines Eidg. Sanitätswesens gelangen, aber wir werden dennoch allmälig einen Erfolg erreichen; den innern Erfolg, das Salvavi animam meam, wird Jeder erreichen, welchem das Leben seiner Mitbürger und das Elend einer Epidemie nicht gleichgültig ist.

Von einem Eidg. Medicinalwesen, wie man es sich für die Hausthiere gefallen lässt, kann gegenwärtig gar keine Rede sein; die öffentliche Meinung steht diesen Fragen fremd und kalt gegenüber und wird erst erwarmen, wenn sie bei einer Epidemie ernten möchte, wo sie nicht gesäet hat und zornentbrannt nachfragt, wo denn die Schuld liege, dass wir um ein halbes Jahrhundert zurückgeblieben?

Jetzt eine Verfassungsrevision anzustreben, um die lächerliche Kleinstaaterei unseres Sanitätswesens zu verbessern, halte ich für unmöglich. Dagegen halte ich es für möglich, im Medicinalwesen das zu thun, was man in allen Verwaltungsgebieten schon gethan hat: die cantonalen Einrichtungen und Arbeiten mit einander zu verbinden, zu sorgen, dass sie beständig Fühlung mit einander haben, sowie, dass sie angeregt und im Gange erhalten werden. Unsere 25 Eidg. Markfasern müssen schliesslich ein Ganglion finden, wo sich die sanitären Empfindungen des Volkslebens in zweckmässige Reflexbewegungen umsetzen und von welchem ein Verbindungsast in's Eidg. Verantwortlichkeits-Centrum abgeht.

Diese Centralstelle muss selbstverständlich klein und bescheiden anfangen und muss ihr Dasein und ihr Wachsthum durch ihre Leistung legitimiren. Sie soll ganz einfach vom Eidg. Epidemiengesetze ausgehen, welches so wie es jetzt ist und ohne einen entsprechenden Vollziehungsapparat, zu denjenigen Gesetzen gehören wird, die man anstandshalber erlässt und nach stillschweigendem Uebereinkommen nicht ausführt.

Wenn wir nach den Vollzugsverordnungen fragen, welche die Cantone zum Eidg. Epidemiengesetze erlassen, so müssen wir sagen, dass erst der kleinste Theil der Cantone sich mit der Sache befasst hat, und dass eine Fühlung zwischen den verschiedenen Cantonen und ein einheitliches Vorgehen gar nicht in Aussicht steht.

Die Polizei ist Sache der Cantone, und dennoch sind wir es satt geworden, unsere Cantonsgrenzen zu Schlupfwinkeln für ansteckende Anarchiekranke und für Lockspitzel herzugeben, und wir streben nach Uebereinstimmung der cantonalen Thätigkeit und nach einheitlicher Leitung derselben. Das Post- und Telegraphenwesen ist ja auch Sache der einzelnen europäischen Staaten, und dennoch bestehen sogar internationale Vereinbarungen mit einer centralen Leitung, welche selbst zwischen fremden und feindlichen Ländern erspriesslich arbeitet. Nur wir Schweizer sollten uns nicht vereinbaren können, und jedenfalls nicht in Fragen der Volksgesundheitspflege! Vom formalen Standpunkte lässt sich der gegenwärtige Zustand weder begreifen, noch entschuldigen; er wird erst verständlich, wenn wir annehmen, dass uns die ganze Angelegenheit als unerheblich erscheint. In diesem Falle müssen wir eben zuwarten. Wir Aerzte warten am leichtesten, warten sogar mit ökonomischem Gewinn, aber nichts desto minder mit schwerem Herzen.

So gut wie in den Eidg. Departementen besondere fachmännisch gebildete Secretäre arbeiten für Justiz, Fremdenpolizei, Handel und Industrie, für Landwirthschaft und Arbeiterfragen — vom Militär gar nicht zu sprechen! — ebenso gut muss auch ein sachverständiges Bureau für die Fragen der Epidemienpolizei arbeiten, welches sich dann vielleicht schon in einem Jahrhundert zu einem Eidg. Gesundheitsamte entwickeln wird. Ein solches Amt würde die Souveränität der Cantone so wenig beeinträchtigen, als das deutsche Reichsgesundheitsamt die selbständige Medicinalpolizei der einzelnen deutschen Bundesstaaten beeinträchtigt. Vorläufig ist eine Eidg. Vermittlungsstelle, ein Auskunftsbureau (Bureau intermédiaire), ein fachmännischer Rathgeber und Anreger alles, was wir anstreben und erwarten dürfen, und dieses hätte zunächst den

Vollzug des Eidg. Epidemiengesetzes zu organisiren; seine Aufgaben wären wesentlich folgende:

1. Das Personal, welches bei Epidemien den Dienst thun soll, muss ausgesucht werden und in allen Cantonen eine, wenn auch nur auf wenige Tage beschränkte Instruction durchmachen; diese muss eine gleichartige und vom Bunde überwachte sein.

2. Es ist nöthig, eine ordentliche Statistik des schweizerischen Medicinalpersonales zu haben, um zu wissen, über welche Kräfte erforderlichen Falles verfügt werden kann. Wir haben auch die Verpflichtung, den Artikel 33 der Bundesverfassung nicht nur vom Standpunkte einzelner Interessenten, sondern vom Standpunkte des allgemeinen Wohles zu interpretiren. Zu allem dem bedürfen wir wenigstens einer sorgfältig geführten Aerztestatistik.

3. Ebenso ist es nöthig, mit den Vorbereitungen und Einrichtungen für Isolirspitäler nicht bis zum Ausbruch einer Epidemie zuzuwarten, sondern durch beständige Nachfrage, Anregung und Anleitung die Cantone zu bewegen, rechtzeitig fürzusorgen und möglichst wenig dem Zufalle zu überlassen.

4. Es ist nöthig, ausser der Eidg. Mortalitätsstatistik auch eine Morbilitätsstatistik für ansteckende Krankheiten einzuführen, wie solche in einzelnen Cantonen längst besteht, in vielen aber gänzlich fehlt. Diese wichtige und einfache Sache lässt sich ebenfalls gar nicht improvisiren. Bei der Thierseuchenpolizei ist die Nothwendigkeit der regelmässigen, nicht blos ausnahmsweisen Morbilitätsstatistik unbestritten. Blos für Menschen darf der Bund Solches allerdings nicht befehlen, aber er kann und soll anregen, und wenn er erst eine Anzahl von Cantonen dafür gewonnen hat, wird die Gesetzgebung verständlich und leichter. Bei der Unfallversicherung ist dieser Weg bereits betreten; er ist psychologisch richtig, warum sollte er bei den regelmässig wiederkehrenden Unfällen durch vermeidbare Krankheiten nicht auch möglich sein? Ist ein Puerperalfieber, ein Typhus weniger „Unfall" und weniger „fremde Verschuldung", als irgend eine gewerbliche Verletzung? Vor hundert Jahren war noch vieles Schicksal, was heute Selbstverschuldung heisst. Gebildet sein heisst: verantwortlich sein.

5. Diese Verantwortlichkeit tritt in schärfster Weise zu Tage beim Hebammenwesen, welches unsern Niederlassungsverhältnissen angepasst und auf dem Wege freiwilliger Vereinbarung geordnet werden muss.

6. In Beziehung auf Mortalität und Morbilität ist es nöthig, die Data aus allen Kantonen und aus den Nachbarstaaten regelmässig zu sammeln. Zeitungsberichte sind ungenau und die ausnahmsweisen amtlichen Rapporte und Antworten gehen langsam ein; nur die Einrichtung eines regelmässigen Nachrichtendienstes kann uns dazu verhelfen, im Nothfalle rechtzeitig und gut bedient zu sein. Wir müssen unsern Sicherheitsdienst nicht blos für Epizootien, sondern auch für Epidemien einrichten.

7. Der Bund darf sich nicht damit begnügen, gelegentlich ein Circular in Sachen der Volksgesundheitspflege zu erlassen, sondern er muss fortwährend anregen. Kommt das Eidg. Lebensmittelgesetz zu Stande, so ist diese Anregung und die Vereinbarung und Vermittlung unserer 25 Verwaltungsweisen unbedingt nöthig. So lange jeder Canton eine Fälschung anders definirt und anders bestraft, beziehungsweise auch nicht bestraft, ist jedem Betrüger ein guter Rückzug gesichert. Würde dieses sehr nothwendige Gesetz noch zurückgehalten, so wäre es wieder eine des Bundes würdige Aufgabe, das Material dafür zu sammeln, um das Bedürfniss nachzuweisen, wie er es in andern, ihm wichtig erscheinenden Fragen auch thut. (Unfallversicherung.)

8. Die immer wieder auftauchenden Klagen und Bestrebungen gegenüber dem Millionen verschlingenden Geheimmittelunwesen werden zum grossen Troste aller Schwindler und zum grossen Schaden unseres Volkes immer wirkungslos bleiben, wenn es nicht möglich ist, in beharrlicher, regelmässiger Arbeit Data zu sammeln und Anträge vorzubereiten. Auch diese Phylloxera ist der Beachtung des Bundes werth.

9. Die Sammlung der Sanitätsberichte der Cantone, welche bisher in sehr wohlwollender Weise versucht worden, muss weitaus gründlicher und fachmännischer be-

trieben werden als bisher. Die Arbeiten, die wir auf diesem Gebiete geleistet haben, bringen unserm Volke keinen Nutzen und unserm Lande keine Ehre.

10. Nicht einmal die Vollzugsverordnungen zum Eidg. Epidemiengesetze werden wir in halbwegs brauchbarer Weise und Vollständigkeit zusammenbringen, wenn wir nicht einen Extra-Treiber dafür bestellen. Auch hier ist Brachland vor uns, und der Bund steht vor der Frage, ob er berechtigt sei, es brachliegen zu lassen, oder verpflichtet, es zu pflügen, auch für den Fall, dass die Cantone säen und arbeiten; die Ernte geht ja doch auf gemeinsame Kosten und Gefahren.

11. Dazu kommt ferner, dass der Bund durch Unterstützung der Universitäten den Unterricht in der Hygieine, die Errichtung von Sammlungen und Laboratorien fördern muss. Auch diese Arbeit lässt sich nicht so nebenbei abthun und fordert ihren Mann.

Wenn wir den ersten Anfang eines Eidg. Sanitätsbureau anstreben, verlangen wir genau dasselbe, was alle andern Staaten bereits besitzen, deren keinem es einfällt, seine einzelnen Provinzen und Provinzchen ohne gegenseitige Verbindung arbeiten zu lassen; wir verlangen sogar nur das, was der Hygiein. Congress zu Wien 1887 allen europäischen Staaten zugemuthet und vorgeschlagen hat: eine Centralstelle ohne wissenschaftliche Aufgaben und ohne polizeiliche Befugnisse, aber ein Bureau zur Auswechselung aller Statistiken und Gesetze und zur Anbahnung übereinstimmender Maassregeln. Das ist bald gesagt, braucht aber das ganze Jahr hindurch einen ganzen Mann von Fachkenntniss und Fleiss.

Es ist wohl selbstverständlich, dass das Eidg. Departement des Innern, welchem ausser einem grossartigen Bundes-Bauwesen ebenfalls eine Menge administrativer Aufgaben und socialer Fragen zugetheilt sind, nicht auch noch Eidg. Sanitätswesen so betreiben kann, wie es betrieben werden muss, um überhaupt etwas zu sein. Wir haben seit Jahr und Tag allen Grund, demselben sehr dankbar zu sein für das erleuchtete Wohlwollen, welches es in allen Fragen des Volksgesundheitswesens bewiesen und möchten es dennoch bitten, seinem Beamtenstabe auch ein Bureau für Medicinalwesen beizufügen. — Ueber die Möglichkeit und Zulässigkeit eines solchen kann kein Zweifel bestehen, wenn wir sehen, wie der Bund für alles Nöthige und für alles Mögliche, für das Nützliche und sogar für das Schöne seine Arbeiter und Fachmänner herbeigezogen hat. Möge es nicht als Unbescheidenheit gelten, wenn hier auch gesagt wird, dass das Eidg. Departement des Innern ein solches Bureau thatsächlich besitzt und es für eine Reihe von Begutachtungen benützt hat: die Schweizerische Aerzte-Commission, welche immer gratis arbeitet, aber beim besten Willen nicht alle Functionen eines ständigen Bureau übernehmen kann. Es handelt sich zum kleinsten Theil um das erforderliche Salaire, sondern wesentlich um die alte Frage, ob der Bund für die Ausführung des Epidemiengesetzes und seiner Consequenzen überhaupt etwas thun, oder aber auf dem Standpunkte seiner bisherigen Staatsraison verharren will, welche eine der verantwortungsvollsten socialen Fragen stillschweigend umgeht und die Volksgesundheit fast ironisch „dem Machtschutze Gottes“ empfiehlt. Der bisherige Zustand des schweizerischen Medicinalwesens ist, unter den gegenwärtigen Verkehrsverhältnissen und socialen Zuständen, ein Unrecht, im Ernstfalle auch ein Unglück.

Wenn aber ihrer Zwei ein Unrecht oder ein Unglück verschulden, trifft die grössere Schuld immer den Stärkern; dieser ist im Privatleben der Besitzende und Gebildete, im öffentlichen Leben der Staat.

Ich beantrage deshalb, die Versammlung der vereinigten schweizerischen Aerzte möge an den hohen Bundesrath das dringende Gesuch stellen, bei der bevorstehenden Reorganisation des Departements des Innern diesem auch eine Centralstelle für das Eidg. Medicinalwesen zu gewähren.“

Beide Referate wurden von der Versammlung mit lautem Beifall begrüsst und vom Präsidium bestens verdankt.

In der daran sich knüpfenden Discussion kann Dr. *Müller* (Sumiswald) sich grund-

sätzlich mit den Referenten in dem Sinne einverstanden erklären, dass eine Revision des jetzigen Zustandes wirklich geboten sei. Doch frage er sich, ob der von den Referenten vorgeschlagene Weg derjenige sei, der auch am meisten Aussichten auf Erfolg biete. Er empfindet gewisse Bedenken, die er z. B. auch schon im Nationalrath hat aussprechen hören, nämlich: Wer soll die Stelle des in Aussicht genommenen Secretärs einnehmen? Eine medicinische Autorität? Die wäre jedenfalls dem eidgenössischen Departement des Innern am liebsten, ob aber eine solche zu finden wäre? Ein jüngerer Arzt? Ob damit jedoch dem Departement des Innern gedient wäre? Ferner glaubt er nicht, dass das Arbeitsfeld eines solchen Secretärs ein so weites wäre. — Seines Erachtens wären Aenderungen im Statu quo viel eher dadurch zu erreichen, wenn man Schritt für Schritt eine Stellung erkämpfte, ganz analog wie dies mit dem Fabrikgesetz der Fall gewesen. Eine solche Stellung wäre nun z. B. die Subvention eines bacteriologischen und hygieinischen Institutes durch den Bund. Die Petition um Subventionirung der Universitäten sei viel zu unbestimmt gehalten, als dass sie Aussichten auf Erfolg haben könnte. Wenn man aber für ein hygieinisches Institut, dem die Aufgabe der Lebensmittelpolizei, der Desinfectionsfrage u. s. w. obläge, Partei nähme, so hätte der Antrag viel mehr Aussichten durchzugehen.

Dr. *Dind* (Lausanne) betont, dass sowohl die Waadtländer Regierung, als auch die Waadtländer Collegen einer Centralisation des Sanitätswesens günstig gestimmt wären. Nur fürchtet er, dass der einmal gewählte Secretär bald erschlaffe, wenn er einsehe, wie geringen Anklang er nach oben fände. Daher zieht er vor, statt den Bau von vornherein fertig zu stellen, zunächst die einzelnen Bausteine dazu zusammenzutragen. Als solche Bausteine sieht er die Schulhygieine, die Frage der Lebensmittelpolizei, der Desinfection bei ausbrechenden Epidemien, etc. an. Diejenigen Cantone nun, welche sich mit diesen Fragen näher befassen und sie in ihrem Gebiete durchführen würden, sollten berechtigt werden, vom Bunde aus eine entsprechende Subvention zu verlangen. So würden, nach des Redners Ansicht, bald die meisten Cantone, wenn nicht alle, einem guten Beispiele folgen und wir gelangten innert relativ kurzer Zeit zu einer Centralisation unseres Sanitätswesens und damit auch zum gewünschten Secretär.

Prof. Dr. *Pflüger* (Bern) möchte im Gegensatze zum Vorredner sich doch an etwas Fassbarerem halten! Er hält dafür, dass uns die Arbeiter und die Gewerbetreibenden den guten Weg gezeigt haben, auf welchem wir viel sicherer zum Ziele gelangen dürften. Wir Aerzte sollten, ganz analog wie jene, einen schweizerischen Sanitätssecretär und behufs Unterhaltung desselben eine Unterstützung vom Bunde verlangen. Er fürchtet, dass wenn man nur im Allgemeinen vom Bunde einen Beamten mehr beansprucht, wir mit der Forderung abfahren würden. Auf der andern Seite hätte ein schweizer. Sanitätssecretär, der das Zutrauen der Aerzte genösse, mehr Aussichten, die Erwartungen des Bundesrathes, sowohl wie der Aerzte, zu erfüllen. Redner glaubt, dass man vielleicht schon für 1889 einen Sanitätssecretär erlangen könnte, wenn man die Sache richtig anstelle.

Dr. *Sonderegger* (St. Gallen) möchte nur kurz den Einwand berühren, als ob ein Secretär nicht reichlich Arbeit genug hätte. Dies werde durch die Thatsache widerlegt, dass die Nachbarländer, die solche Stellen haben, auch mehr als genug Arbeit für sie haben. — Im Uebrigen glaubt er, dass die gefallenen Voten nicht so sehr von einander divergiren. Da es sich aber darum handelt, einen raschen Beschluss zu erhalten, so hält er dafür, dass man die einzelnen Ansichten dahin vereinigen könne, dass jeder der Herren Redner dafür sei, dass „überhaupt etwas zur Centralisation des schweizerischen Sanitätswesens geschehen solle“.

Nachdem noch Dr. *Müller* und Dr. *Reali* (Lugano) kurz das Wort ergriffen und sich der Ansicht von Dr. *Sonderegger* angeschlossen, erfolgte die Abstimmung über den Antrag: „ob zur Centralisation des schweizer. Sanitätswesens im Sinne der beiden Herren Referenten überhaupt etwas geschehen solle oder nicht“. Die Versammlung entschied sich beinahe einstimmig für das Erstere. Die nähern Ausführungen bleiben der Herbstsitzung der einzelnen Vereine überlassen.

Das zweite Tractandum der Hauptsitzung hatte Prof. Dr. *Kocher* (Bern) übernommen. Derselbe sprach über **die Behandlung der Kniegelenktuberculose und ihre Resultate** und erhärtete seine Ansichten durch sorgfältig zusammengestellte Tabellen über 100 Fälle von Resectio und 50 Fälle von Arthrotomia genu. (Für nähere Détails müssen wir den Leser auf *Langenbeck*'s Archiv für klinische Chirurgie verweisen und auf eine baldigst im „Corr.-Blatt" erscheinende Arbeit.)

Die Zeit war indessen so weit vorgerückt, dass leider Prof. Dr. *Revilliod* aus Genf seinen Vortrag: „La contagion à l'hôpital de Genève" nicht halten konnte.

(Schluss folgt.)

Referate und Kritiken.

Beiträge zur Lehre von den Anæstheticis.

Von Dr. *O. Kappeler*, Chefarzt in Münsterlingen. Separatabdruck aus *von Langenbeck*'s Archiv, Bd. XXXVII. Heft 2.

Die feinern Veränderungen des Pulses in der Narcose.

Da die üblen Zufälle bei der Anästhesirung theils von der Respiration, theils von der Circulation ausgehen und da die erstern bis zu einem gewissen Grade einer wirksamen Behandlung und einer Reparation fähig sind, die letztern aber nicht, oder wenigstens nur höchst unsicher, so betont *K.* mit Recht, dass der Prüfstein auf die Gefährlichkeit eines Anästheticums in seiner Wirkung auf die Circulation zu suchen und zu finden sei und verlangt berechtigt, es möge in Zukunft ein neu einzuführendes Anästheticum, welches auf Grund von Thierversuchen als ungefährlich und namentlich in seinem Einfluss auf die Circulation als ungefährlich erklärt wird, vor oder mit seiner Anwendung beim kranken Menschen in erster Linie hinsichtlich seiner Wirkung auf den Puls untersucht werden. — Mittelst des *Marey*'schen Sphygmographen studirte Verfasser die Pulsveränderungen während verschiedenartiger Narcosen; die äusserst exacten und zuverlässigen Untersuchungen beziehen sich auf folgende Narcotica:

1) Chloroform, 2) Morphium und Chloroform, 3) das englische Methylenbichlorid, 4) das deutsche Methylenbichlorid, 5) Aethylidenchlorid, 6) Bromæthyl, 7) Dimethylacetal, 8) Alcohol-Aether-Chloroformmischung, 9) Aether.

Die schön und grosswellig gezeichneten Pulscurven, welche der Arbeit eingeflochten sind, lehren Folgendes:

Sämmtliche in grösserem Maassstab bei Operationen angewandten allgemeinen Anästhetica haben eine hochgradige Gefässerschlaffung, höchst wahrscheinlich durch Vasoconstrictorenlähmung bedingt, zur Folge (Abstumpfung des Curvengipfels, Abschwächung der Rückstosselevation und dadurch Abflachung der grossen Incisur, Abschwächung oder Wegfall der Elasticitätselevationen und mehr oder weniger deutlich ausgesprochener Anakrotismus). Alle diese Veränderungen an der Pulscurve sind ohne wesentliche graduelle Unterschiede vorhanden bei Narcosen mit den oben erwähnten Anæstheticis mit Ausnahme des Aethers. Auch der Aether wirkt allerdings in ganz tiefer Narcose gefässerschlaffend, aber viel weniger intensiv; die Aetherpulscurven zeigen auch Verbreiterung des Curvengipfels und Abschwächung der Elasticitätselevationen; aber seltener und in viel geringerm Maasse Abflachung der grossen Incisur und gar nie, oder nur leise angedeutet, Anakrotismus. Letzteres ist aber so recht eigentlich das Kriterium für hochgradige Circulationsverlangsamung durch Vasoconstrictorenlähmung. Verfasser schliesst aus seinen Untersuchungen, dass ein syncoptischer Aethertod weniger häufig sein werde, als ein syncoptischer Chloroformtod, dass aber ein solcher nach dem Verhalten des Pulses in der Aethernarcose sehr wohl denkbar sei. Die bisherigen Erfahrungen aus England und dem Continente bestätigen diese Folgerung. — *K.* warnt davor, dass man das Chloroform ganz oder theilweise beseitige, bevor weitere Erfahrungen über den Aether, seine Gefahren und Nachtheile abgewartet seien. — Immerhin neigt eben die Wagschale — wenn man objectiv die *Kappeler*'schen Resultate verwerthet — sehr stark auf die Seite des Aethers; denn sobald auch nur die bedeutend geringere Gefährlichkeit des letztern gegenüber dem Chloroform dargethan wurde, ist es Pflicht des Chirurgen, in allen

thunlichen Fällen Chloroform durch Aether zu ersetzen. Wer *Juillard* in Genf oder *Roux* in Lausanne schildern hörte, durch welche Umstände sie dazu kamen, das Chloroform auf die Proscriptionsliste zu setzen und dem Aether sich zuzuwenden und wer zu öftern Malen die Leichtigkeit und Raschheit der Aethernarcosen in Genf und Lausanne gesehen hat, dem wankt der Chloroformstandpunkt unter den Füssen und der empfindet grosse Lust, auf den sicherern Boden des Aethers abzuspringen. Leider lehren ca. 100 Aethertodesfälle der letzten 15 Jahre und heute wieder die Untersuchungen von *K.*, dass der Boden nicht ganz so sicher ist, als enthusiastische Aetherverehrer sich darauf fühlen und die Frage: Aether oder Chloroform? ist also wirklich noch n i c h t abgeschlossen. Die Discussion über diesen enorm wichtigen Gegenstand sei hiomit auch in diesem Blatte eröffnet.[1]) Wer verlangt das Wort? *Haffter.*

Die chirurgischen Erkrankungen des Kindesalters.

Erster Theil. Separatausgabe aus *Gerhardt*'s Handbuch der Kinderkrankheiten. Tübingen, 1887, Laupp'sche Buchhandlung. Octav. 664 pag. Mit 38 Holzschnitten. M. 12. —

Dieses Werk enthält in seiner ersten Hälfte Arbeiten, die bereits im Jahre 1882 in *Gerhardt*'s Handbuch der Kinderkrankheiten erschienen sind Diese Thatsache mag es vielleicht erklären, warum wir in der Arbeit von Prof. *Schönborn* (Würzburg): „Allgemeines über Operationen, Verbände, Wunden und Contusionen", nichts von neuern Antisepticis und Verbänden, ja nicht einmal vom Sublimat ein Wort erfahren. — „Die Anaesthetica" bilden die zweite Arbeit des Buches und sind von Prof. *Demme* in Bern bearbeitet. Derselbe kommt nach eingehender Untersuchung der verschiedenen Anaesthetica zum Schlusse, dass für das Kindesalter dem Chloroform der Vorrang einzuräumen sei. — Die Aethernarcose hat dem Verf. keine günstigen Resultate ergeben; wir möchten dies der unrichtigen Methode der Anaesthesirung mehr, wie dem Aether selbst, zuschreiben. Wir könnten uns sonst die Mittheilung des Verfassers, es seien „nervöse, reizbare Kinder selbst durch ungewöhnlich reichliche, während längerer Zeit fortgesetzte Zuleitung von Aetherdämpfen nicht über die Periode der Aufregung hinaus in den Zustand vollkommener Anaesthesie und Muskelerschlaffung überzuführen", einfach nicht erklären. Ebenso nicht die lange Zeit bis zur Erzielung der Aethernarcose. Verf. brauchte zur Aetherisirung von im Knabenalter stehenden Kindern 10, ja 18 Minuten! Nach der Genfermethode, die — nebenbei gesagt — allen ausländischen Methoden vorzuziehen ist, erreichen wir bei Kindern seit mehreren Monaten eine vollständige Narcose in $1^1/_2$—2 Minuten. — Die dritte Arbeit von Prof. *Weinlechner* in Wien handelt von den chirurgischen Erkrankungen der Haut und des subcutanen Zellgewebes im Kindesalter. Sie umfasst die Geschwülste, die Verwundungen und Fremdkörper des genannten Organes. — Prof. *Bergmann*, damals noch in Würzburg, hat es unternommen, die Anatomie, Physiologie und allgemeine Pathologie der Lymphdrüsen zu besprechen.

Der zweite und neuere Abschnitt des Buches enthält die Krankheiten der Wirbelsäule. Prof. *v. Mosengeil* und Dr. *Witzel*, beide in Bonn, haben dieses so schwierige Thema bearbeitet. Von ersterem rührt die Einleitung in die Krankheiten der Wirbelsäule und die congenitalen Krankheiten derselben, sowie die Behandlung der scoliotischen Wirbelsäuleverkrümmungen her, von letzterem die erworbenen Krankheiten der Wirbelsäule (Verletzungen, Entzündungen, Verkrümmungen nicht entzündlichen Ursprunges). Leider gestattet uns der Raum des Referates nicht, in weitere Einzelnheiten dieses so interessanten Gebietes einzugehen. Es genüge daher dem Leser die Mittheilung, dass es den Verfassern nach sorgfältiger Berücksichtigung der besten ausländischen Arbeiten über Wirbelsäuleerkrankungen gelungen ist, ein Werk herzustellen, welches der Arzt immer mit grossem Nutzen für seine kleinen Patienten wird zu Rathe ziehen können.

Dumont.

Die Amputationen und Exarticulationen im Augusta-Hospital in den Jahren 1871—1885.

Ein Bild der Entwicklung der Wundbehandlungsmethoden von Dr. *W. Kleinwächter*. Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1887. Octav. 104 Seiten.

Verfasser gibt eine Zusammenstellung der im Augusta-Hospital in den Jahren 1871

[1]) Vergleiche auch in heutiger Nummer: Referat von *Dumont* über: Die chirurgischen Erkrankungen des Kindesalters.

bis 1885 vorgenommenen Amputationen und Exarticulationen. Diese Arbeit hat vor ähnlichen Publicationen den Vortheil, dass sie das Material eines einzelnen Krankenhauses bringt, welches vor und während der Entwicklung der modernen Chirurgie stets unter derselben Leitung (Prof. *Küster*) gestanden hat. Demnach gibt sie indirect eine Geschichte und Kritik der verschiedenen neueren Wundbehandlungsmethoden, beleuchtet und erläutert durch eine einzelne Operationsgruppe.

Die Zusammenstellung umfasst 177 Fälle, deren Krankengeschichten im Anhang näher mitgetheilt werden. Die Endergebnisse weichen von denen anderer, speciell hiesiger Spitäler nicht ab. Als einfachsten und billigsten antiseptischen Verband sieht Verf. den Sublimat-Moos-Gaze-Dauerverband an, als das einfachste und billigste Desinficiens das Sublimat. — Die Ansicht des Verf. aber, dass Alter und Allgemeinzustand des Pat. gar keinen Einfluss auf Ausgang und Verlauf der Amputation haben, dürfte wohl auf grossen Widerspruch stossen. *Dumont.*

Bibliotheca Medico-chirurgica

pharmaceutico-chemica et veterinaria. Oder vierteljährliche systematisch geordnete Uebersicht aller auf dem Gebiete der gesammten Medicin in Deutschland und dem Auslande neu erschienenen Schriften, der wichtigeren Aufsätze aus Zeitschriften etc. Herausgegeben von *Gustav Ruprecht*. 41. Jahrgang. Göttingen, Vandenhöck & Ruprecht's Verlag.

Ein Werk wie das vorliegende ist jedem literarisch bethätigten Arzte sozusagen unentbehrlich. In vorzüglicher Uebersicht und zweckmässiger Gliederung werden in den alle Vierteljahre erscheinenden Heften die literarischen Erscheinungen (innerhalb des im Titel ausgedrückten Rahmens) der vorausgegangenen Monate aufgezählt, und zwar nicht nur die separat erschienenen Werke, sondern auch alle irgendwie wesentlichen Artikel aus den wichtigen medicinischen Zeitschriften von Europa und Amerika.

Der Stoff wird so prompt, exact und fleissig verarbeitet, dass der Abonnent dieser Vierteljahrsschrift jederzeit im Besitz der vollständigen Bibliographie der Neuzeit ist. Dadurch wird seine schriftstellerische Thätigkeit ungemein erleichtert, indem er die für irgend eine wissenschaftliche oder practische Frage seit Jahren gemachten Vorarbeiten in grösster Vollständigkeit zu berücksichtigen vermag. Ein jeweils dem Schlusshefte jedes Jahrganges beigegebenes alphabetisches Register erleichtert das Nachschlagen und Auffinden ausserordentlich. Der Preis ist ein bescheidener (6 Mark per Jahr). Die Jahrgänge 1875—1885 sind totaliter um 5 Mark nachzubeziehen. *Haffter.*

Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems.

Von Dr. *Theod. Rumpf*, Docent in Bonn. Wiesbaden, bei J. F. Bergmann. 1887. 620 S.

Es liegt hier ein Werk vor, das in diesem Umfange, sowohl in dieser umfassenden, als auch hinwiederum detaillirten Bearbeitung, soviel ich weiss, seines Gleichen nicht hat. Seit 2—3 Jahrzehnten wurden die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems mit einer gewissen Vorliebe bearbeitet. Viele Kräfte betheiligten sich an diesen Unternehmungen. Ein grosses Material ist aufgestapelt worden. Verf. unternahm es, dieses Material zu sammeln, zu sichten und auf Grund dessen und zahlreicher eigner Beobachtungen und Untersuchungen die Lehre der Syphilis des Nervensystems in der Form der vorliegenden Monographie, die den Umfang eines Handbuches erreicht, zu veröffentlichen. Er behandelt zuerst in einem allgemeinen Theil die ätiologische Bedeutung der Syphilis für die Nervenkrankheiten. Ich erinnere bezüglich ihrer Wichtigkeit an die Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes, Syphilis und progressiver Paralyse, Syphilis und multipler Sclerose. Nach einer kurzen Geschichte der Syphilis des Nervensystems, die sehr fragmentarisch ausgefallen ist, geht er über zur Diagnostik, zur pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie.

Verf. kommt zum Schlusse, dass alle syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems von den Gefässen ausgehen und ihrer Natur nach den Granulationsgeschwülsten zugehören. Sie sind entweder: a) Infiltrationen der Bindegewebs- und b) solche der Gefässcapillaren. Beide Processe führen in seltenen Fällen zu umschriebenen Tumoren, Gummata genannt; häufiger zu ausgedehnteren Infiltrationen. Es entstehen daraus seltener allgemeine, vorwiegend aber locale und aus localen und allgemeinen gemischte Störungen des Nerven-



systems. Diese Störungen werden nun im speciellen Theile beschrieben: 1) als syphilitische Erkrankungen des Hirns, 2) solche des Rückenmarks und 3) solche der peripheren Nerven. In einem eigenen Capitel werden die Erkrankungen des Nervensystems durch hereditäre Syphilis und im Schlusscapitel die Prognose und Behandlung behandelt. Auf solche Weise hat Verf. seinen Versuch einer Lehre der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems auf pathologisch anatomischer Grundlage durchgeführt. Dass dieser Versuch noch nicht ganz gelingen konnte, ist für den klar, der die Schwierigkeiten dieser Arbeiten, ihre in der Natur des Gegenstandes liegenden Mängel und Schwächen, sowohl in klinischer, als in anatomischer Beziehung, durch eigene Untersuchungen kennen zu lernen Gelegenheit hatte. Wir sind aber dem Verf. grossen Dank schuldig, dass er ihn im Bewusstsein seiner Schwierigkeiten doch wagte und mit grossem Fleisse, sichtlicher Beherrschung des Materials und sorgfältiger Kritik zur Ausführung brachte. Es wird dieses Buch für längere Zeit eine werthvolle Grundlage für spätere Arbeiten in diesem Gebiete bilden, wozu es durch am Schlusse angefügte Autoren- und Sachregister sich vorzüglich eignet. Ausserdem ist dasselbe durch zwei Tafeln geziert, auf denen Syphilisbacillen nach *Lustgarten* und die verschiedenen histologischen Veränderungen des specifisch erkrankten Nervensystems dargestellt sind. *L. W.*

Die Neurasthenie und ihre Behandlung.

Von *v. Ziemssen*. 1887. Preis 60 Pf.

Dieses Heft ist wohl vielen Aerzten das willkommenste aus des Verfassers bekannter Sammlung klinischer Vorträge, denn der proteiforme Symptomencomplex, welcher die Neurasthenie bildet, hat noch lange nicht in Aller Vorstellungen die Form einer bestimmten Krankheit, die man erkennen und bekämpfen kann, angenommen. — *v. Ziemssen* gibt nach der Besprechung der Aetiologie und Festsetzung einer vorläufigen Definition der Krankheit ein kurzes (das Heft enthält 34 Seiten) aber sehr klares und lebendiges Bild der verschiedenen Symptome in ihren Grundzügen, so dass er es wohl dem Verständniss und der Erfahrung des Lesers überlassen darf, die Mannigfaltigkeit der Combinationen und die Unzahl der möglichen Details zu vervollständigen; nur wäre vielleicht für Manchen eine deutlichere Trennung der prognostisch guten Formen von den schweren, unheilbaren erwünscht gewesen, da die letztern sich häufig nur durch den Verlauf von jenen unterscheiden und somit von der Bezeichnung als Neurasthenie nicht kurzer Hand auszuschliessen sind. Auch die oft nicht geringen Schwierigkeiten der Differentialdiagnose werden nur angedeutet. Dagegen wird die Therapie sehr ausführlich behandelt und dieser Abschnitt ist aus so berufener Feder fliessend zu einem werthvollen Wegweiser für den Practiker geworden; doch wird auch hier die Bekanntschaft mit den Details der Electrotherapie, Hydrotherapie etc. vorausgesetzt. *Bleuler.*

Ueber subjective Gehörswahrnehmung und deren Behandlung.

Von Dr. *Eichbaum*. — Berlin und Neuwied, Heuser's Verlag. 1888.

Die subjective Gehörsempfindung ist mit seltenen Ausnahmen kein selbständiges Leiden, sondern ein häufiges Symptom der verschiedensten Erkrankungen des Ohres. Indem der Verfasser nun das in den verschiedenen Capiteln der neuern Lehrbücher darüber Enthaltene sammelt, wendet er sich mit seiner kurzen, aller Litteraturangaben entbehrenden Monographie namentlich an den practischen Arzt, dem er die frühzeitige Behandlung der betreffenden Grundleiden dringend empfiehlt.

Gegen das Ohrensausen selbst verwendet Verfasser in erster Linie den Catheterismus, dann die Brom- und Jodpräparate; er erklärt sich besonders befriedigt von der localen Galvanisation mit 0,5 — 2,0 M. A. Stromstärke bei möglichster Vermeidung von jähen Stromschwankungen. *Siebenmann.*

Cantonale Correspondenzen.

Bern. Correspondenz aus Aix-les-bains (Savoyen) vom 1. Juni 1888. (Schluss.) Um aus dem bunten Tableau vivant des Aixer Badelebens nur ein einzelnes kleines Bild herauszuheben, so erlaube ich mir, an der Hand meines eigenen, ärzt-

lich dictirten Curprogrammes den Leser zu einem vormittäglichen Gang durch die Anstalten in Aix einzuladen. Denn nur die Morgenstunden habe ich für die Absolvirung meiner Curandenpflichten bestimmt; der Rest des Tages bleibt der Erholung reservirt.

Morgens 5¼ Uhr klopft der Garçon an mein Zimmer und begleitet mich mit frischer Linge, welche — doch nur für die Douchen — jeweilen das Hôtel liefern muss, zu dem nahe gelegenen Etablissement thermal. Dort gebe ich dem dienstthuenden Concierge meine Badekarte ab, auf welcher nicht nur mein Name, sondern auch die Nummer des Badecabinets und die Stunde des Bades resp. der Douche genau zum Voraus notirt sind. Nun trete ich mit dem Glockenschlag zunächst in eine kleine Vorhalle (Vestiaire), werfe dort eiligst sämmtliche Kleider von mir und steige dann ein paar Stufen hinunter in das eigentliche Douchencabinet, einen ganz mit Steinquadern, an den Wänden mit Fayenceplatten belegten Raum von circa 4 Kubikmeter Grösse, durch Oberlicht vollständig erhellt und mit Leitungsröhren, Hahnen, Schläuchen und ausserdem jeweilen mit einer Vorrichtung für schottische Douche ausgestattet. Die beiden mir zugedachten Masseurs erwarten mich hier bereits und schreiten unverzüglich an's Werk. — Man muss diese herkulischen Kraftgestalten in ihrem originellen Arbeitscostüm (Flanellhemd und eine Art kurzer Hosen, nackte Arme und Beine) mit ihrer prachtvollen, eisernen Muskulatur und in ihrer mühsamen, aber rastlos unermüdlichen Thätigkeit selbst gesehen haben, um sich die Erfolge zu erklären, welche in Aix durch systematisch ausgebildete, mit warmer Douche in zweckmässigster Weise combinirte Massage bei chronischen Arthritiden und dem ganzen übrigen Heer von rheumatoiden Affectionen je und je erzielt werden. Diese Leute sind Masseurs von Geburt, und ihre Kunst vererbt sich in ihren Familien auf Kind und Kindeskind. Der Delinquent — als solcher wird sich wohl ein Jeder vorkommen, der da zum ersten Mal, hülflos wie ein Kind, die verschiedenartigen Proceduren an seinem Torso muss vornehmen lassen — setzt sich auf ein kleines hölzernes Tabouret mit Seitenlehne, an die er sich zuweilen krampfhaft anklammert, wenn die Wasserströme von allen Seiten ihn umbrausen und er unter den nervigen Fäusten seiner wohlmeinenden Peiniger zu Zeiten beinahe das Gleichgewicht zu verlieren droht!

Wie macht sich nun die Douche selber? Der eine der Masseurs stellt sich vor mich hin und bearbeitet von unten nach oben der Reihe nach sämmtliche Muskeln und Gelenke der untern und obern Extremitäten durch reibende, knetende und kneifende, an Intensität stetig zunehmende, während circa 10 bis 20 Minuten keinen Augenblick unterbrochene Massage. Indessen er seine beiden Hände hiezu verwendet, dirigirt er mit den Knieen einen Schlauch von dem Kaliber eines dicken Weinschlauches mit Thermalwasser von 37—40° C. (kann von 16—46° variiren) auf den jeweilen in Angriff genommenen Körpertheil, so dass die massirten Partien sich unter permanenter heisser Irrigation befinden. Dabei wird gar kein Fett verwendet, indem das Thermalwasser an sich schlüpfrig und fettig genug ist, um die Knetungen der Haut schmerzlos zu machen. Zu gleicher Zeit ergiesst der zweite Masseur, der sich hinter meinem Stuhle aufgepflanzt hat, aus dem von ihm unter der Achsel gehaltenen und mit dem Ellenbogen dirigirten Schlauche einen beständigen, gleich kräftigen Strom auf Nacken, Schultern und Rücken und bearbeitet die entsprechende Musculatur, den Thorax und das Abdomen (letzteres durch klatschende und sanft boxende Manipulationen). Endlich hat die letzte Muskelgruppe Revue passirt. Nun eilt der eine Masseur in's Vestiaire und macht die heiss erwärmte Linge bereit, während ich von dem andern Masseur aus einer Entfernung von zwei Metern eine heisse Strahldouche (douche à colonne) von sehr starker Pression (13 Meter Fallhöhe) und mit ganz kurzen Intermissionen auf sämmtliche eben massirte Partien erhalte und dabei das Gefühl empfinde, als würde ich ganz gehörig mit Ruthen gepeitscht. Im Ganzen sind für diese eine Douche nicht weniger als 2000 Liter Wasser verschwendet worden! Den Schluss macht ein sehr heisser Strahl auf die Füsse und nun fliege ich in die weit geöffneten Arme des mit ausgebreitetem Leintuch mich empfangenden Sécheur, dem ich mit Wohlbehagen und glücklich über die endliche Erlösung aus der nicht gerade besonders angenehmen Procedur das wohlverdiente Trinkgeld (10—12 Sous) in die Hand drücke. (Sämmtliche Trinkgelder, welche in Aix nicht gespart werden dürfen, wandern in eine gemeinsame Bade-Dienstencasse.) Dafür credenzt mir zum Schluss einer der Masseurs das ärztlich verordnete Glas Eau d'Alun. Und nun wird die Kammer abgeschlossen und das Ankleiden kann ruhig und ungestört vor sich gehen.

Wer nun, wie ich, das Glück hat, ganz nahe beim Etablissement thermal zu wohnen, — ich kann hiezu das Hôtel Germain an der Rue des écoles aus eigener Erfahrung angelegentlich empfehlen (Pensionspreis täglich Fr. 8, vin à discrétion; auch das Grand hôtel de la galerie, von der Familie Ruchti in Interlaken geführt, ist sehr zu recommandiren) — der eilt nun, mit Ueberrock geschützt, zu Fuss seinem Logis zu, um sich noch für eine Stunde in's Bett zu legen. Wer hingegen etwas weiter vom Badhaus entfernt wohnt oder gegen Erkältungen besonders empfindlich ist, der wird, in Flanell- und Wolldecken eingehüllt (im sogen. Maillot) und in einer ringsum verhängten Sänfte sitzend, von zwei flinken Trägern in sein Hôtel und bis vor's Bett getragen und dort der Nachbehandlung durch die Sécheurs resp. Sécheuses des Hôtels übergeben. Die Sache hat gewiss ihren hohen practischen Werth, aber auch ihre sehr unangenehmen Seiten — von den ewigen „quelques sous" nur gar nicht zu reden. — Jedesmal froh und zufrieden, wenn diese Stunde eines sehr unfreiwilligen und meistens unter starkem Nachschwitzen zugebrachten dolce far niente vorüber ist, kleide ich mich wieder an, greife zu Hut und Stock und mache mich auf den Weg nach Marlioz, einem Curetablissement 20 Minuten südlich von Aix. Dort wird die zweite Hälfte des Curprogrammes abgewickelt und zwar durch Inhalation von Schwefelwasserstoffgas in einem geräumigen Saal, in dessen Mitte ein Bassin mit Schwefelwasserspringbrunnen sich befindet. Der vierfache, ganz feine, kalte Strahl bricht sich an einem 1 Meter höher angebrachten concaven Blechhut und so herrscht in dem ganzen Raume eine kühle, mit Feuchtigkeit und Schwefelwasserstoff gesättigte Atmosphäre, deren längere Einathmung (man bleibt in der Regel eine Stunde dort) die Rachen- und Respirationsschleimhäute äusserst wohlthätig beeinflusst. Im Gegensatz zu den Thermen von Aix ist Marlioz Privateigenthum und besitzt 3 Quellen (sources alcalines, sulfureuses et jodurées) mit einer constanten Temperatur von 11° C. und in 24 Stunden mindestens 10,000 Liter Wasser liefernd. In diesen Inhalationssälen (es sind deren zwei) wird man nicht nass, wie in den Sälen mit heisser Dampfbildung. Man kann zu jeder Stunde und in jeder beliebigen Toilette hingehen, kann dort lesen und schreiben und sich die Zeit nach Belieben verkürzen. Von Zeit zu Zeit schöpft man im Parke frische Luft, um Congestionen zu vermeiden. Das Mineralwasser von Marlioz — Source d'Esculape — welches ich nach ärztlicher Vorschrift auch trinken muss, kann ohne Veränderung seiner chemischen Bestandtheile beliebig erwärmt werden (eau minerale thermalisée), falls es in kaltem Zustande contraindicirt erscheinen sollte. — Gegen 11 Uhr kehre ich jedesmal erfrischt und ausgeruht nach Aix zum Lunch zurück und beschliesse dann den officiellen Theil meines Stundenplanes mit dem Trinken eines Glases Eau de Châlles eine Stunde vor dem Dîner (6 Uhr).

Und nun zum Schluss nur einige practische Reflexionen. — Worin bestehen die Vorzüge der Aixer Thermen und was ist das specifisch Eigenthümliche der Heilmethode?

Gewiss sind schöne und leicht zugängliche Lage, vorzügliche Verpflegung und aufmerksame Bedienung, ausgezeichnete sanitarische und gesundheitspolizeiliche Dispositionen, practische und bis in den minutiösesten Détail vervollkommnete innere Einrichtungen, sowie reiche Gelegenheit zu den herrlichsten Natur- und Kunstgenüssen nicht zu unterschätzende Attribute einer den modernen Bedürfnissen angepassten balneologischen Station. Und gerade in Aix finden sich diese Attribute sämmtlich zu einem harmonischen Ganzen vereinigt. Was aber als besonders charakteristisches Moment für die Bedeutung der Aixer Thermen hervorgehoben zu werden verdient, und was wir bei so vielen andern derartigen Instituten vermissen, das sind meines Erachtens folgende drei Hauptpunkte: 1) Staatliche Leitung und Controlle des gesammten Geschäftsbetriebes, wodurch allen privaten Wucher- und Speculationsgelüsten der Riegel vorgeschoben ist; 2) colossale Abundanz an Thermalwasser und vorzüglich practische Ausnützung desselben zu therapeutischen Zwecken; 3) terrassenförmige Anlage des Etablissement thermal in drei sich dem Hügelterrain genau anschmiegenden Stockwerken und darum gradatim gesteigerte Fallhöhe und Pression für die verschiedenen Douchenabtheilungen. Einer der hervorragendsten hiesigen Curärzte, mit dem ich eingehend über diese Verhältnisse sprach, legt besonders auf die beiden letzten Punkte grosses Gewicht. — Das für Aix specifisch Eigenthümliche der Heilmethode liegt sonach in einem vorzüglich organisirten innern Dienst, in einer genau individualisirenden, stets nur auf ärztlichen Anordnungen basirenden Localbehandlung mit-

telst Bädern, trefflich eingerichteten und mit technisch vollendeter Massage combinirten Douchen, wozu in der Regel noch Inhalationen von Schwefelwasserstoff und der innerliche Gebrauch von schwefelhaltigen Mineralwässern (Aix, Marlioz, Châlles) kommen.

Es darf als bekannt vorausgesetzt werden, dass Rheumatismus und Arthritis in all ihren mannigfachen Varianten und Abstufungen, ferner Neuralgien (besonders Ischias), Contracturen und veraltete Fracturen und Contusionen die Hauptindicationen für den Gebrauch der Thermen von Aix bilden. Ausserdem kommen aber auch Syphilis, Kehlkopf- und Rachenkatarrhe, Bronchitiden, Metritiden und das ganze Heer von Dermatosen zur Behandlung.

Wir brechen hier unsere flüchtig hingeworfene Skizze über einen Curort ab, den wir aus eigener Erfahrung lieb gewonnen haben und der es wohl verdient, näher kennen gelernt und nach Gebühr gewürdigt zu werden.

Dr. *E. Ringier*
aus Kirchdorf (Cant. Bern).

Luzern. Zum Capitel der Curpfuscherei. Die „N. Zürcher Ztg." berichtet in Nr. 145 vom letzten 24. Mai, es habe das Bezirksgericht Zürich den ber......... „Arzt" Bergfeldt (seines Zeichens ein Drechsler) und den patentirten Arzt *Zett* von Reichenberg (Cant. Schwyz) wegen Ungehorsams gegen amtliche Verfügung zu mehrern Hundert Franken Busse, einigen Tagen Gefängniss und Tragung der Kosten verurtheilt. Ohne Erfolg war nämlich durch Verfügung der Sanitätsdirection des Cantons Zürich dem Bergfeldt der Fortbetrieb seiner Privatpoliklinik und die Ausübung des Berufes als Arzt im Canton Zürich überhaupt, sowie die Publication in öffentlichen Blättern und ebenso dem *Zett* die Function als Gehülfe untersagt worden.

Bergfeldt hatte, laut den Gerichtsverhandlungen, vom September 1887 bis zur Fällung obigen Urtheils im letzten Mai an seiner „Klinik" gewirkt. Dann, nach Ueberstehung der ihm zugemessenen achttägigen Haft wird er sich, vielleicht als Märtyrer für das Volkswohl, in's Dorado der Pfuscher, in's freie Glarnerland, zurückgezogen haben, von wo er ausgegangen.

Im November verflossenen Jahres war er ebenfalls Gegenstand der Discussion im Schaffhauser Grossen Rathe. Ueber diese Verhandlungen stand seiner Zeit in den „Basler Nachrichten" (1887 Nr. 314, Corresp. v. 13. Nov.):

„Schon früher war das Verbot von Zeitungs-Annoncen nicht patentirter Aerzte erlassen worden, jedoch ohne grosse Wirkung. Der Grosse Rath beschloss mit der Sache Ernst zu machen, wenigstens einstweilen gegen die einheimischen Zeitungen. Die Sache ist schwierig, man wird dem Uebel nicht an die Wurzel kommen können, so lange gesetzlich unzugängliche Schlupfwinkel für schwindelhafte medicinische Schriftsteller, Geheimmittelschwindler und Curpfuscher bestehen. Von Glarus aus z. B. wurde unser Canton von den bekannten Bergfeldt & Sohn nicht nur mit Arzneien, bezw. Anweisungen, sondern auch mit der nöthigen, auf den Sinnenkitzel berechneten und offen per Post verschickten Schund- und Schandlitteratur versehen. Eine Untersuchung wegen Erregung öffentlichen Aergernisses wurde angehoben; sie ergab, dass der fallirte Sohn eines Drechslers Bergfeldt und der sogenannte Dr. Bergfeldt natürlich keine medicinischen Kenntnisse besitzen, dass das in Tausenden von Exemplaren versandte Machwerk, „Krankenheil von Dr. Ewald", eine Compilation des jungen Ewald Bergfeldt ist."

Die Lorbeeren Bergfeldt's liessen ein anderes blühendes Heilgeschäft, welches bisher in Glarus domicilirt war, nicht schlafen. Der Firmaträger, Bremicker mit Namen, ist männiglich bekannt durch die spaltenlangen Annoncen in den Zeitungen und Kalendern, worin er der staunenden Welt verkündet, wie er da einen üblen Geruch oder eine Warze vertrieben, dort einen weissen Fluss sanirt, beinebens auch Tuberculose oder Epilepsie geheilt. Und schwarz auf weiss bezeugen dies Knecht Hans und Magd Elis'. Auch Geschäftsreisen soll der findige Mann nach verschiedenen Cantonen im letzten Sommer noch unternommen und einem presthaften Publicum seine unfehlbaren Mittel à 5—6 Fr. angetragen haben. Doch das genügte seinem Thatendrange nicht. In Nr. 21, XVII. Jahrg. des „Corresp.-Bl. für Schweizer Aerzte" war unter den Annoncen zu lesen: „Ein tüchtiger Arzt gesucht. Salair anfänglich 5000 Fr., in 2 Jahren steigend auf 6000 Fr. pro anno. Angenehme, dauernde Stellung. Offerten sub Chiffres O 6204 F an Orell Füssli & Cie. in Zürich."

Ein jüngerer, mir befreundeter College fragte an und erhielt zu seinem grossen Aer-

ger ein „Memorandum“ von — „Bremicker, pract. Arzt, den 24. Nov. 1887“, wie der mächtige Firmastempel lautet. Das Original dieses Schreibens liegt der Redaction vor und heisst folgendermaassen:

„In Folge Ihrer Offerte auf das Arztgesuch sub 6204 Orell Füssli & Cie. Zürich erlaube mir diese Zeilen an Sie zu richten.

Der betreffende Arzt hätte für mich resp. meine Privatpoliklinik in einigen Städten Sprechstunden zu ertheilen resp. Untersuchungen vorzunehmen und Diagnosen festzustellen. Besuche sind keine zu machen, weshalb der Posten ein sehr angenehmer ist. Salair anfänglich 5000 Fr., nach 2 Jahren steigend auf 6000 Fr. pro anno. Zahlung prompt in monatlichen Raten oder nach Wunsch. Reisespesen, Geschäftsunkosten werden vergütet.

Bei der Bestimmung des Wohnsitzes würde ich Ihre Wünsche thunlichst berücksichtigen; vorläufig ist Zürich in Aussicht genommen.

Hier am Platze habe ich schon seit einiger Zeit einen Arzt angestellt. Da sich eine grosse Anzahl Bewerber gemeldet haben, belieben Sie mich gef. umgehend zu benachrichtigen, falls Sie auf die Stelle reflektiren.

Zur Besprechung der Details wäre event. eine persönliche Zusammenkunft angezeigt.

Hochachtungsvollst Bremicker.“

Etwa zwei Monate also nach Eröffnung der Bergfeldt'schen „Poliklinik“ sollte vorab Zürich mit einem zweiten, so segensreich wirkenden Institute beglückt werden, dann aber sollten auch andere Städte die Ehre haben. Und der patentirte Arzt, welcher sich zum Commis dieses Schwindlers hergibt, ist fürwahr gut genug bezahlt. Denn, so hätte Bremicker füglich noch sagen dürfen, auf Kenntnisse kommt es weniger an, als auf das staatliche Patent, welches nöthig ist zum sicherern und lucrativeren Betrieb des Geschäftes. Nicht allein auf die Dummheit des Volkes, sondern auch auf die Charakterlosigkeit der Aerzte speculiren diese Schwindler.

Wie nun Bergfeldt seinen *Zett* gefunden, so wird wohl Bremicker einen patentirten Gehülfen geangelt haben. Ob er aber jemals seine projectirte Poliklinik in Zürich etablirt hat oder nur von Glarus aus seinen Commis hinschickt, ist mir nicht bekannt. Das letztere ist deshalb wahrscheinlicher, weil in unsern Localblättern breit und dick gedruckt steht, an der Bremicker'schen Poliklinik, Glarus, Kirchstrasse „wirken drei (in allerletzter Zeit sogar vier) erfahrene practische Aerzte.“ „Die Leitung (hört!) ist in den Händen eines tüchtigen patentirten Arztes. Schwierige Fälle werden gemeinsam berathen, was für die Patienten von grossem Vortheil ist.“ (!?)

Ganz neuerdings lese ich in der „Züricher Post“ vom 7. Juni wieder folgendes ganz verdächtige Inserat: „Patent. Arzt zur Leitung einer Privatpoliklinik sofort gesucht. Brillante Lebensstellung. Offerten unter . . . an Haasenstein & Vogler, Basel.“ Wahrscheinlich geht das den Bergfeldt an, welcher durch die bösen Züricher um seinen *Zett* gekommen sein dürfte.

Bergfeldt und Bremicker als Unternehmer von Heilgeschäften mit patentirten Aerzten als technischen Leitern das Wohl der Kranken berathend, ist das nicht eine reizende Perspective? Oder ist es nicht ein viel bedenklicherer Angriff auf die ärztliche Standesehre, wenn diese Afterärzte für ihr schmutziges, auf Ausbeutung des Volkes berechnetes Treiben die Werbetrommel rühren, als wenn der Besitzer einer Curanstalt dem Arzte für jedes ihm gelieferte Stück Curand eine Tantième verspricht? — Jedenfalls sollten die Namen derjenigen Aerzte, welche sich zu solchen Zwecken anwerben lassen, rücksichtslos im „Corresp.-Blatt“ veröffentlicht werden, bevor sie erst mit den Strafgesetzen in Conflikt gekommen; und das „Corresp.-Blatt“ selber dürfte gewiss im Interesse der reellen Aerztegesuche oder Stellenofferten an die Annoncenbureaux das bestimmte Gesuch richten, sie mögen es in Zukunft mit solchen Schwindelannoncen, welche ja die Expedition nicht controlliren kann, verschonen.[1])

Was aber weiter in Sachen zu thun, dies zu erwägen, glaube ich, dürfen wir der

[1]) Da solche Inserate oft durch zweite und dritte Hand an die Annoncenbureaux und in die Zeitungen gelangen, ist es leider nicht immer möglich, Schwindelannoncen als solche zu erkennen und auszuscheiden; es geschah dies von jeher nach bestem Wissen und Gewissen und es ist eine nothwendige und wichtige Ergänzung unserer Controle, wenn die Herren Collegen Vorkommnisse und Thatsachen — ähnlich den obigen — recht rasch und ungescheut zu unserer Kenntniss bringen.
Die Red.



allezeit regen schweiz. Aerztecommission überlassen. Vorläufig ist wenigstens Jedermann überzeugt, dass das noch so energische Vorgehen dieses oder jenes Cantönchens für sich allein nichts ist. Die eidgenössischen Stände, welche die Medicin frei gegeben, sind ja stetsfort sichere Schlupfwinkel für Bergfeldt & Consorten, von woher sie den Batzen der kranken Menschheit immer wieder neue Netze stellen. Mir scheint, dass dieses Thema der Curpfuscherei bald einmal zum Gegenstand der Discussion an einem Aerztetage in Olten sollte gemacht werden, und ich habe die Ueberzeugung, dass ohne grosse Schwierigkeit die weitaus überwiegende Mehrheit sämmtlicher staatlich anerkannter Aerzte zu einer Resolution veranlasst werden könnte, derjenigen ähnlich, welche den deutschen Aerzten am 15. Aerztetag zu Dresden vorgelegen hat, und die lautet:

„A. Zur Bekämpfung der betrügerischen und gemeingefährlichen Curpfuscherei scheinen dem Aerztetag erforderlich:

1. Strengere Bestrafung (bei uns wäre natürlich das erste Wort wegzulassen) der unbefugten Bezeichnung als Arzt oder mit ähnlichem Titel durch Gefängniss.

2. Beschränkung des Handverkaufs von Arzneimitteln.

3. Verbot der Concessionirung von Heilanstalten, an welchen die Krankenbehandlung durch Personen stattfindet, welche nicht als Aerzte approbirt sind.

B. Der Aerztetag empfiehlt den Vereinen die Einsetzung von Commissionen zur Bekämpfung des Geheimmittelunwesens und der Curpfuscherei und Mittheilung der bezüglichen Erfahrungen durch die Aerzte."

Es wäre dies der erste, gewiss nicht verwegene Schritt zur Erlangung eines eidgenössischen Curpfuschereigesetzes, das sich neben dem schweizerischen Viehseuchengesetz nicht übel ausnehmen würde, denn, wie *Berthold* von Dresden an dem angeführten deutschen Aerztetag sagte, hat „der Staat die Verpflichtung, das urtheilslose Publicum vor einem Feinde zu bewahren, der von Tag zu Tag frecher und kühner die Nothlage der Kranken ausbeutet und das Gemeinwohl in hohem Grade schädigt." *S.*

Wochenbericht.

Schweiz.

Erkrankungen von Militärs nach dem Dienste. Letzten Winter ist die Instruction über sanitarische Beurtheilung der Wehrpflichtigen vom 2. September 1887 an alle deutschsprechenden Aerzte versandt worden, an die Militärärzte complet, an die Nichtmilitärärzte im Auszug; die französische Ausgabe wird nächstens zur Versendung kommen. Gelesen wurde sie nicht von allen Aerzten, wie uns leider allzu oft einlangende Anzeigen via Sectionschef-Gemeinderath-Regierungsstatthalter oder Kreiscommandant-cantonale Militärbehörde-Regierungsrath-Bundesrath-schweiz. Militärdepartement-Oberfeldarzt über Erkrankungen nach dem Dienst zu unserem grössten Verdruss und zum Schaden der Kranken genugsam zeigen. Wie der anzeigende Arzt sehr viel einfacher zu verfahren hat, um das Interesse des Patienten und sein eigenes Ansehen zu wahren und den Behörden Zeitversäumniss und unnöthige Schreiberei zu ersparen, steht in § 101. Wir bitten alle Collegen, auch diejenigen, welche einen Dienst weder bei der Truppe noch bei der Aushebung in naher Aussicht haben, sich zunächst diesen § 101 genau einzuprägen sowie überhaupt den ganzen bezüglichen Abschnitt (§§ 99—108) und den die Erkrankungen im Urlaub betreffenden § 94. Die Spitalärzte machen wir speciell auf die §§ 95—98 aufmerksam.

Jeder Arzt kömmt ferner in den Fall, Zeugnisse für Wehrpflichtige auszufertigen, und sollte daher mit § 5 u. ff. vertraut sein.

Mit Rücksicht auf alle diese Fälle wird es sich sehr empfehlen, wenn der Arzt diese Instruction auf seinem Schreibtisch zu sofortigem Nachschlagen bei der Hand behält, aber sie beim Einrücken zum Dienst nicht — dort liegen lässt!

Bern, 19. Juni 1888. Oberfeldarzt Dr. *Ziegler.*

Ausland.

— **Zur Behandlung des eingewachsenen Nagels.** Die chirurgische Behandlung dieser sehr lästigen Affection ist leider nicht als einzige und sicherste Behandlungsweise zu empfehlen, da trotz der energischen Excision des Nagels sammt seiner Matrix immer noch häufig Recidive sich einstellen. Deshalb dürfte wohl ein von *Patin* („Gaz. des hôpit." Nr. 114)



mitgetheiltes Verfahren zum Versuch sich empfehlen, das in den Händen des Autors sich bewährt hat.

P. streicht nach gründlicher Reinigung des betreffenden Nagels vermittelst eines Pinsels zwischen diesen und die Granulationen eine Lösung von Traumaticin (10 Guttapercha in 80 Chloroform) und lässt dies die ersten Tage mehrmals, später seltener wiederholen. Bei einiger Schonung des Fusses hebt sich allmälig der Nagel von seiner Unterlage ab und kann schliesslich schmerzlos abgetragen werden. Recidive sollen nicht zu befürchten sein bei zweckmässiger Fussbekleidung.

— **Graues Oel.** *Lang* bedient sich in der Syphilistherapie dieses Präparates mit Vortheil. Es hat folgende Zusammensetzung:

Hydrargyri, Lanolini $\overline{aa}$ 3,0
Ol. Oliv. 4,0

0,3 ccm. dieses Oeles per Woche subcutan applicirt genügen, um in 2—3 Wochen die Symptome zum Schwinden zu bringen. Alle 5—8 Tage werden 0,1—0,15 ccm. Ol. ciner. am Rücken oder ad nates injicirt. Nach einer 14—20tägigen Pause werden in grösseren Zwischenräumen die Injectionen wieder aufgenommen.

1 ccm. dieses Oeles enthält 0,39 gr. regulinischen Quecksilbers, das 0,52 gr. Sublimat entspricht, woraus sich ergibt, dass man 52 Spritzen Sublimat injiciren muss, bis man dem Körper so viel Hg. zugeführt, als in 1 ccm. Ol. ciner. enthalten ist.

— **Glycerin-Suppositorien** empfiehlt Dr. *Boas* („D. m. W." 23) bei habitueller Obstipation an Stelle von Glycerinklystieren in Fällen, wo die Einführung der Spritze Schwierigkeiten bereitet, wie bei Hæmorrhoiden etc. Dieselben, Deckelzäpfchen, 1 gr. Glycerin fassend, erzielen nach 15—20 Minuten eine von keinerlei Beschwerden begleitete Entleerung.

— **Experimentelle Untersuchungen über Tuberculose.** Aus dem hygieinischen Institut *Koch*'s in Berlin sind wieder höchst wichtige Mittheilungen über Tuberculose erschienen, die von Dr. *Cornet* ausgearbeitet sind. Wir theilen nach einem Autoreferat des Verfassers kurz die wichtigsten Resultate mit, die da und dort recht interessante Streiflichter auf die Wege werfen, auf denen die Tuberkelbacillen in den Körper gelangen können und wie sie sich in demselben verbreiten.

1. Die bisherigen Versuche, Tuberkelbacillen in der Luft und in Wohnungen nachzuweisen, waren meist ohne Erfolg, so dass an der Möglichkeit des Nachweises mit den bisherigen Mitteln gezweifelt wurde. *C.*'s Methode bestand darin, dass er mit einem kleinen sterilisirten Schwamme die zu untersuchende Fläche abrieb, in Bouillon auswusch und Meerschweinchen in die Bauchhöhle injicirte. Waren Tuberkelbacillen in der Injectionsflüssigkeit, so erkrankten die Thiere an Peritonealtuberculose, die in 3—4 Wochen manifest war und durch die microscopische Prüfung sicher gestellt wurde.

In 7 Berliner Krankenhäusern wurden 21 Säle untersucht, die grösstentheils mit Phthisikern belegt waren. Die Proben wurden an Stellen der Wand und an Theilen der Bettstelle entnommen, die nicht direct durch Sputum verunreinigt werden konnten, die wochen- und monatelang nicht berührt und abgerieben wurden. In 15 Sälen, also in $^2/_3$, fanden sich Tuberkelbacillen an den betreffenden Stellen, von 94 geimpften Thieren starben 20 an Tuberculose.

In Wohnungen von 53 tuberculösen Privatpatienten aus dem Mittelstande und aus niedern Ständen zeigte sich der in der nächsten Umgebung abgelagerte Staub 20 Mal mit tuberculösen Infectionsstoffen behaftet.

Sehr merkwürdig — schreibt *Cornet* — war die Beobachtung, dass in allen Fällen, in welchen der von Privatkranken entnommene Staub Tuberculose erzeugte, durch die Anamnese vorher festgestellt war, dass die betreffenden Patienten nicht in den Spucknapf, sondern entweder ins Taschentuch oder auf den Boden spuckten, während umgekehrt in keinem einzelnen Falle, in welchem die Benutzung des Taschentuches oder das Bodenspucken bestimmt und glaubhaft in Abrede gestellt wurde, trotz reichlicher Bacillen im Auswurfe der Staub sich infectiös erwies.

Diese Beobachtung ist für die Praxis von höchstem Werth.

2. *C.* hat in einer 2. Untersuchungsreihe, die sich über mehrere Hunderte von Fällen erstreckt, die schon von *Koch* gemachte Beobachtung, dass stets die der Eintrittsstelle des tuberculösen Virus benachbarten Lymphdrüsen zuerst ergriffen werden und die weiteste

Veränderung zeigen, ausnahmslos bestätigt gefunden, so dass mit Berücksichtigung dieser Thatsache ein sicherer Rückschluss auf die unbekannte Eintrittsstelle erlaubt ist. Bei Inhalationstuberculose sind zuerst die Bronchialdrüsen, bei subcutaner Impfung an der Bauchdecke die Inguinaldrüsen der betreffenden Seite, bei Infection von der Bauchhöhle das grosse Netz vorwiegend verändert.

Geringe Mengen Sputum und Reinculturen in den noch unverletzten Conjunctivalsack gebracht, Impfung an Ohrläppchen, Einreibung bacillären Materiales in die Nase, wie es ja bei Kindern durch die Finger häufig geschehen mag, und Einführung von Bacillen in die Mundhöhle ruft Tuberculose hervor, die relativ lange Zeit (4—8 Wochen) auf Schwellung, Verkäsung oder Vereiterung der an der betreffenden Stelle liegenden Sublingual-, Hals-, Ohren- und Nackendrüse beschränkt bleibt (also ein der scrophulösen Halsdrüsenerkrankung ganz ähnliches Bild) und erst später zur Allgemeintuberculose führt.

Einreibungen von Reincultur in den oberflächlich verletzten Penis oder in die Vagina, ebenso infectiöse Einspritzungen in beide Organe rufen in diesem oder im Uterus reichliche Knötchenbildung hervor mit retardirter Allgemeintuberculose. Durch das sexuelle Leben mit seinen mannigfachen Perversitäten werden vielleicht manche Fälle von Tuberculose dieser Organe erklärt.

Einreibungen von Reincultur oder Lupussubstanz auf der rasirten Haut riefen, wenn auch nicht ausnahmslos, Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen mit folgender Allgemeintuberculose hervor, dabei fanden sich Ulcerationen nur dann, wenn vorher schon eine tiefere Verletzung vorhanden war.

Embryonen mit einem Theile der Placenta oder des Uterus erwiesen sich ebenso wie die Hodensubstanz bei hochgradig tuberculösen Meerschweinchen stets (in 16 Fällen) als infectiös. Der Embryo allein aber war, unter entsprechenden Vorsichtsmaassregeln der Leiche entnommen und verimpft, selbst bei hochgradigster Knötchenbildung in Uterus und Vagina in 7 Fällen nicht infectiös, also nicht bacillenhaltig, ebenso wenig wie der Samenbläscheninhalt.

3. Therapeutische Versuche. Die entsprechenden Mittel wurden nach der tuberculösen Infection theils subcutan, theils per Inhalation, theils per os oder per rectum den Thieren in möglichst grosser Dosis beigebracht. Alle geprüften Mittel erwiesen sich als nutzlos und vermochten nicht einmal das tödtliche Ende hinauszuschieben.

Es wurden angewandt: Tannin, Plumb. acet., Knoblauchinfus, Pinguin, gesättigte Schwefelwasserstofflösung, Menthol, Sublimat, Creosot, Creolin. 6 Thiere wurden nach Davos geschickt und 6 entsprechend inficirte in Berlin behalten. Alle starben an allgemeiner Tuberculose ohne Unterschied der Zeit.

Mit Recht fügt der Verfasser diesen Mittheilungen bei, dass er sich nicht berechtigt glaube, diese letztern Ergebnisse der Thierversuche direct auf den Menschen zu übertragen.

Stand der Infections-Krankheiten.

		Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperalfieber	Parotitis	Variola	Rubeolae
Zürich u. Aussengem.	3. VI.- 9. VI.	7	—	—	10	—	7	3	—	—	—	—
	10. VI.-16. VI.	5	—	4	33	3	10	1	—	—	3	—
Bern	3. VI.- 9. VI.	—	5	—	—	1	—	—	—	—	—	—
	10. VI.-16. VI.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Basel	11. VI.-25. VI.	15	6	1	4	1	5	2	—	1	—	5

Briefkasten.

Major Dr. *Fröhlich*, Basel, Dr. *Wyss*, Laufen, Dr. *Meuli*, Locarno, Spitalarzt Dr. *Kalt*, Aarau: Besten Dank. Wird berücksichtigt.

Da mit den Arbeiten für den Schweiz. Medicinalkalender begonnen werden muss, bitte ich allfällige Wünsche oder Reklamationen umgehend an mich gelangen zu lassen. Dr. E. Haffter, Frauenfeld.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats. Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 12. — für die Schweiz, Fr. 14. 50 für das Ausland. Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. E. Haffter

in Frauenfeld.

N°. 14. XVIII. Jahrg. 1888. 15. Juli.

Original-Arbeiten.

Ueber apoplectiformes Einsetzen neuritischer Erscheinungen.

Von Dr. **Dubois** in Bern.

Es ist eine wohlbekannte Thatsache, dass cerebrale, bulbäre und spinale Lähmungen ganz plötzlich auftreten können. Dieses apoplectiforme Einsetzen von Lähmungen, resp. von Convulsionen oder Bewusstlosigkeit, ist sogar das Gewöhnliche bei den intracerebralen Hæmorrhagien und Embolien. Durch die Blutung, durch die plötzliche Verstopfung gewisser Gefässbezirke werden Nervenfasern zerrissen, geschädigt, woraus sich der plötzliche Ausfall der Function leicht erklärt.

Apoplectiforme Zufälle können auch bei Hirn- und Rückenmarkserkrankungen vorkommen, die zu ihrer Entwicklung längere Zeit brauchen, so bei Tumoren, bei encephalitischen Herden, bei autochtoner Thrombose. Wenn auch die Obduction über die nähere Ursache dieses Zufalles nicht immer Rechenschaft gibt, so sind wir doch berechtigt anzunehmen, dass gewisse plötzliche Veränderungen (Blutung, Hyperæmie, Oedem, weitere Entwicklung thrombotischer Vorgänge) die rasche Verschlimmerung bedingt haben. Die Pathogenese solcher Zufälle ist meist eine sehr klare und befriedigende.

Weniger bekannt dürfte es sein, dass auch periphere Lähmungen ganz plötzlich, mit einem Schlage beginnen können und befremdend mag es vorkommen, dass ich das Wort apoplectiform mit dem Begriffe der Neuritis in Verbindung bringe. Entzündungen können rasch entstehen, auch rasch sich verschlimmern; gewöhnlich beginnen sie aber nicht urplötzlich; von Schlag ist dabei keine Rede.

In einem Falle, den ich vor zwei Jahren beobachtete, bin ich zu der Annahme gezwungen, dass eine schwere periphere Lähmung und zwar, soweit es sich klinisch feststellen lässt, eine neuritische Lähmung ganz plötzlich eingesetzt habe. Ich bin mir wohl bewusst, dass der Beweis nicht leicht zu erbringen ist; streng genommen könnte nur die Obduction über die Pathogenese dieses Falles sicheren Aufschluss geben. Immerhin bietet der Fall ein gewisses Interesse und es scheint unter Berücksichtigung anderer Fälle möglich, an diese Beobachtung gewisse theoretische Anschauungen über die Genese der Neuritiden anzuknüpfen. — Die Krankengeschichte betrifft einen 51 Jahre alten Metzgermeister aus Freiburg, den ich Ende September 1886 zur Behandlung bekam.

Der Mann war früher immer gesund und kräftig. Im Jahre 1852 machte er eine schwere Pneumonie durch. — 1884 trat ohne weitere Beschwerden ausser etwas Appetitlosigkeit allmälige Abmagerung ein. Das Körpergewicht sank langsam von 210 Pfund auf 170 Pfund. Die frühere Gesundheit stellte sich aber bald wieder ein und das Körpergewicht stieg wieder auf 196 Pfund. Patient ist verheirathet, Vater von drei gesunden Kindern. Er ist mässiger Potator, trinkt jedoch mehr Bier als Wein oder Schnaps. Geschlechtskrankheiten hat er nie durchgemacht, ist auch nie an acutem Gelenkrheumatismus erkrankt.

Im Sommer 1884, als Patient die Kellertreppe bestieg, machte er einen Misstritt. Instinctiv streckte er heftig beide Arme aus, strengte seine Lendenmusculatur kräftig an; es gelang ihm auch das Gleichgewicht wieder zu erlangen und den Fall auf den Boden zu verhüten. Patient versichert dabei kein directes Trauma erlitten zu haben, weder mit der Mauer noch mit der Treppe in unsanfte Berührung gekommen zu sein. Doch trat auf diese blosse heftige Streckung beider Arme sofortiger Schmerz im rechten Arm mit fast vollkommener Gebrauchsunfähigkeit ein, die vier Tage abnehmend andauerte. Nach Verlauf einer Woche war Patient wieder vollkommen arbeitsfähig. Doch blieb seither der rechte Arm nicht vollkommen normal. Die grobe Kraft stellte sich ganz wieder ein, doch verspürte Patient bei gewissen Bewegungen Schwäche und klemmende Schmerzen in der rechten Schulter. Diese Erscheinung zeigte sich nur bei der Ausübung seines Berufes, wenn er die Haut eines geschlachteten Thieres mit der nach oben gekehrten Messerklinge aufschlitzen wollte. Ausser diesen leichten Residuen einer wahrscheinlichen Schulterdistorsion oder Muskelzerreissung (vielleicht schon mit nervösen Störungen gepaart) blieb Nichts zurück. Patient blieb vollkommen gesund bis 11. September 1886. — Abends 5 Uhr war Patient beim Bier; er trank ein Glas und als er sich, ohne Anstrengung, ohne Hülfe der Arme, vom Tische erhob, verspürte er ganz plötzlich heftige Schmerzen im rechten Arm, namentlich in der Hand und Vorderarm; sofort trat auch völlige Lähmung ein. Der Beginn war ein so urplötzlicher, dass Patient selbst sich von Hirnschlag getroffen glaubte.

Die Schmerzen nahmen in den folgenden Stunden nicht ab, im Gegentheil, sie wurden allmälig so heftig, so quälend, dass der am gleichen Abend herbeigezogene Arzt sofort zur Morphiumspritze greifen musste. Nach Angabe des Patienten soll die Lähmung sofort eine vollständige gewesen sein, ausser im Medianusgebiet, wo eine Spur Flexion des Daumens und Zeigefingers noch möglich war. Der Schmerz war brennend in Hand und Vorderarm ausstrahlend und so heftig, so andauernd, dass Patient während zwei vollen Wochen nicht schlafen konnte und den grössten Theil der Nacht ausser Bette zubrachte. — Die noch bei der Untersuchung bestehende Schwellung des kranken Arms war allmälig innerhalb der 5 ersten Tage der Erkrankung eingetreten.

Von Herrn Dr. *Buman* in Freiburg, der die Diagnose auf Neuritis gestellt hatte, wurden Schröpfköpfe, Vesicantien und Morphiumeinspritzungen angewendet.

Patient wurde mir am 21. September, also 10 Tage nach Beginn der Erkrankung zugeschickt und während meiner Abwesenheit von College Dr. *Girard* mit Massage, constantem und faradischem Strom behandelt. Als ich ihn sah, hatten die Erscheinungen schon etwas nachgelassen, doch waren die neuritischen Symptome noch ausgesprochen genug.

Status praesens 18 Tage nach Beginn. Grosser kräftiger Mann von gesundem Aussehen. Gesicht geröthet. Schwitzt bei ruhigem Sitzen und bei einer Zimmertemperatur von 15° C. sehr stark, namentlich im Gesicht. Am Gesicht rechtsseitige Hyperidrosis. Während die linke Gesichtshälfte nur leicht feucht vorkommt, bedeckt sich die ganze rechte Gesichtshälfte mit zahlreichen Schweisstropfen, die nach Abwischen sofort wieder erscheinen. Diese Erscheinung, die man bei Plexuslähmungen auch beobachtet, scheint nach der zuverlässigen Angabe des Kranken schon früher bestanden zu haben und in keinem Zusammenhang mit der jetzigen Erkrankung zu stehen. — Keine Pupillenveränderungen; mässiger weicher Kropf.

Der rechte Arm ist stark angeschwollen und ödematös; der Umfang beträgt rechts am Oberarm 33 cm., links 30; am Vorderarm rechts 30, links 28 cm.

Temperatur beider Arme für die aufgelegte Hand gleich und normal warm.

Patient klagt über die enorme Schwere seines rechten Armes. Von der Extensität der Lähmung gibt die Angabe der noch ausführbaren Bewegungen einen richtigen Begriff.

1. Patient kann mit Leichtigkeit mittelst der Nackenschultermusculatur die Schulter heben, namentlich sind Cucullaris und Levator ang. scap. frei. Ebenso kann er, wenn auch mit Mühe, den Deltoideus contrahiren.

2. Er kann den schweren geschwollenen Arm im Ellenbogengelenk nicht activ flectiren, dagegen kann er den mässig unterstützten Vorderarm mittelst der stark paretischen Biceps und Brachialis internus in Flexion erhalten.

3. In dieser Flexionsstellung kann er mit Hülfe des Coraco-brachialis, der vorderen und hinteren Fasern des Deltoideus leichte Sägebewegungen ausführen, den Arm nach vorn und hinten bewegen.

4. Er kann sämmtliche Rotatoren und Adductoren gebrauchen und den Humerus ziemlich leicht um seine Längsaxe drehen.

5. Endlich kann er ganz leichte kraftlose Beugungen des Daumens und Zeigefingers vornehmen.

Alle übrigen Bewegungen sind unmöglich, namentlich herrscht völlige Lähmung im Gebiete des Ulnaris und Radialis, und zwar schlaffe Lähmung, ohne Spur von Contracturen.

Patient klagt noch immer über heftige, brennende Schmerzen in dem Vorderarm, Hand und Fingern, doch sind gegenwärtig die Nächte etwas besser, Patient kann einige Stunden schlafen.

Die Untersuchung der Sensibilität ergibt:

Im Gebiete des Ulnaris fast vollkommene Anæsthesie, resp. Analgesie für Nadelstiche. An einzelnen Stellen der Haut der Hypothenargegend fühlt Patient die Berührung gar nicht; am kleinen Finger fühlt er aber die Berührung, jedoch kein Stechen. Sowohl an der Dorsalfläche wie an der Volarfläche ist die Grenze der Anæsthesie an der Mittellinie des Ringfingers. Die Haut der zwei letzten Finger ist glänzend, leicht cyanotisch und wurde allmälig Sitz trophischer Störungen (Geschwüre).

Im Gebiete des Medianus ist eine leichte Abstumpfung der Sensibilität für Berührung, während Nadelstiche schmerzhaft empfunden werden.

Im Radialisgebiet ist eine leichte Abnahme der Sensibilität nachweisbar.

An der Haut des Vorderarms und Armes ist die Sensibilität normal.

Auf Druck ist das geschwollene Handgelenk schmerzhaft; sonst ist keine Schmerzhaftigkeit auf Druck vorhanden. Speciell sind die Nervenstämme, der Plexus brachialis oberhalb, unter und unterhalb der Clavicula auf Druck nicht schmerzhaft.

Die Nervenstämme scheinen auch nicht verdickt; höchstens scheint der rechte Ulnaris hinter dem Condylus dicker wie der linke, wohl in Folge der œdematösen Schwellung der darüber liegenden Haut.

Der Puls ist in sämmtlichen Armarterien normal stark; es ist keine Verstopfung einer Arterie nachweisbar; ebenso fehlen Erscheinungen von Venenthrombose.

Was nun die electrischen Reactionen anbetrifft, so sind sie in Kürze folgende:

Die indirecte Erregbarkeit vom Nerven aus ist für beide Ströme:

	faradisch.
leicht herabgesetzt im Medianus	107 mm. statt 135 mm.
erloschen im Radialis	0 „ „ 132 „
erloschen im Ulnaris	0 „ „ 160 „

Bei directer Reizung vom Muskel aus ist die faradische Erregbarkeit:[1])

herabgesetzt im Medianusgebiet 120 mm. statt 140 mm.
erloschen im ganzen Radialisgebiet,
erloschen im ganzen Ulnarisgebiet.

Die galvanische Erregbarkeit ist überall, namentlich in den vollkommen gelähmten Muskeln des Radialis- und Ulnarisgebietes, erhalten, wenn auch abgeschwächt. Regelmässiges Vorwiegen der AnSZ und ausgesprochene Trägheit der Zuckung sind leicht nachweisbar.

Im Deltoideus, im Biceps und Brachialis int. ist einfache Herabsetzung der Erregbarkeit 95 statt 130 RA. Noch weniger ist der Pectoralis befallen, er reagirt auf 125 RA, links auf 135.

Levator anguli scapulæ, Cucullaris reagiren beiderseits gleich, ebenso Serratus ant. magn. Wir finden im Ganzen:

1. Vollkommene Paralyse mit Anæsthesie, trophische Störungen und complete schwere Entartungsreaction im Ulnarisgebiet und zwar in sämmtlichen vom Ulnaris versorgten Muskeln.

2. Ebenfalls Paralyse und Entartungsreaction im Radialisgebiet, jedoch ist die Sensibilität nur leicht herabgesetzt und es fehlen trophische Störungen. Von den vom Radialis versorgten Muskeln ist auch keiner frei geblieben.

3. Parese mit einfacher Herabsetzung der Erregbarkeit im Medianus und Musculocutaneusgebiet, sowie im Deltoideus und Pectoralis major.

4. Nackenschultermusculatur ganz frei ohne Abnahme der electrischen Erregbarkeit.

Aus diesem Befund lässt sich der Sitz der Læsion mit Wahrscheinlichkeit bezeichnen. Es ist keine radiculäre Lähmung; es ist keine combinirte Lähmung, wo gewisse, von verschiedenen Nerven innervirte Muskeln mit einander gelähmt sind, wie bei der *Erb*'schen Lähmung.

Die Extensität der Lähmung; bei welcher viele Nerven mehr oder weniger befallen sind, weist auf Erkrankung des Plexus brachialis hin. Da sämmtliche vom Ulnaris und Radialis versorgten Muskeln gleichmässig befallen sind, so muss man annehmen, dass die Erkrankung ihren Sitz hat in einem Punkte, wo die Nervenstämme heraustreten, wo Ulnaris und Radialis, aus verschiedenen Wurzeln gebildet, fertige Nervenstämme darstellen.

Erwähnen muss ich noch, dass der Verlauf der Erkrankung ein günstiger war. Innerhalb einiger Wochen nahmen (bei galvanischer Behandlung) die Schmerzen ab. — Die nur paretisch gewesenen Muskeln erholten sich rasch, dagegen dauerte es Monate, bis im Ulnaris und Radialis Besserung eintrat, und nach 1½ Jahren war die Motilität noch keineswegs normal. Auf eine eigenthümliche Erscheinung will ich hier noch aufmerksam machen, die ich auch bei anderen neuritischen und traumatischen Lähmungen gefunden habe. Es handelt sich um excentrische Sensationen, welche reflectorisch von gewissen Hautstellen ausgelöst werden. Berührte man sanft mit dem Finger die Haut über dem leicht paretischen Pectoralis major rechts, so empfand Patient sofort starkes Gefühl von Ameisenlaufen und Prickeln im anæsthetischen Ulnarisgebiet, bis in die Spitze der zwei letzten Finger.

Wir sehen also in diesem Falle Erscheinungen plötzlich, mit einem Schlage auftreten, die wir bei der Entzündung der Nerven beobachten, nämlich heftige

[1]) Mit faradischem Strom bezeichne ich nur die Ströme bei freiem Spiel des *Neef*'schen Hammers, die raschen Unterbrechungen. Die Wirkung von Einzelschlägen auf die kranken Muskeln habe ich damals nicht geprüft.



ausstrahlende Schmerzen, Paraesthesien, motorische und sensible Lähmung, zum Theil mit Entartungsreaction, trophische Störungen. Die Læsion lässt sich mit grosser Wahrscheinlichkeit im unteren Theil des Plexus brachialis localisiren. — Diese Lähmung entstand scheinbar spontan, ohne nachweisbares Trauma, allerdings in einem Arm, wo 2 Jahre vorher, in Folge heftiger Streckung, ähnliche Erscheinungen aufgetreten waren. — Bei der Heftigkeit der Schmerzen, die wochenlang andauerten und in zwei Hauptnerven zu erheblichen Ernährungsstörungen führten, liegt die Annahme einer Neuritis sehr nahe. Dagegen spricht nur das Fehlen von Schmerzhaftigkeit des Plexus auf Druck, die allerdings bei Neuritis auch fehlen kann. Auffallend ist der apoplectiforme Beginn. Immerhin kann man sich vorstellen, dass eine subacute Entzündung der Nerven (vielleicht Neuritis hæmorrhagica?!) plötzliche Lähmung verursache. Durch andere Læsion kann ich mir dieses seltsame Bild nicht erklären.

Erwähnen muss ich noch, dass während des Bestehens dieser vermeintlichen Neuritis plexus brachialis eine schmerzhafte Anschwellung der rechten grossen Zehe eintrat, wie wir dieselbe bei Gicht beobachten.

Diese Erscheinung verschwand rasch bei Gebrauch von Natr. salicyl., welches auf die Schmerzen im Arme auch günstigen Einfluss hatte.

An diese eigenthümliche Krankheit, die ich klinisch als eine apoplectiforme Neuritis bezeichnen möchte, kann ich eine zweite anreihen, die ich vor wenigen Tagen beobachtete.

College Dr. *Sahli* in Langenthal schickte mir zur Untersuchung einen 53 Jahre alten Arbeiter. Derselbe war am 13. April mit dem Transport von grossen Waarenballen beschäftigt. Dieselben sind allerdings 4 Centner schwer, werden aber nicht getragen, nur überworfen. An den Ecken und in der Mitte des Ballens sind Ohren angebracht; zwei Arbeiter fassen dieselben an und heben die Last, bis der cubische Ballen auf die andere Seite fällt. Eine grosse Anstrengung findet dabei nicht statt und Patient versichert, diese Arbeit allein ganz leicht verrichten zu können.

Bei der erwähnten Bewegung verspürte Patient ganz plötzlich einen heftigen Schmerz in der rechten Schulter mit Gefühl von Nachgeben und Längerwerden des Armes. Dr. *Sahli* constatirte nun vor Allem die hochgradig gestörte Function des Armes. Patient konnte den Arm nur mit viel Mühe und Schmerzen ganz wenig heben, während Rotation frei ist; auch bei passiven Bewegungen gibt Patient Schmerzen an. — Ganz umschriebene, äusserst empfindliche Stelle an der Innenseite des Humeruskopfes. Objectiv sonst nichts nachweisbar. Die Diagnose lautete auf Distorsion des linken Schultergelenks. Jodanstrich, Eisblase, vom 3. Tage an Massage und Einreibungen von Ung. Kalii. jodat. durch die Frau. Als nach circa 8 Tagen noch keine wesentliche Besserung eingetreten war, Patient im Gegentheil über Schmerzen im Vorderarm klagte, erhielt er, da er früher oft an rheumatischen Schmerzen gelitten, 8 gr. Natr. salicyl. pro die. Es schien hierauf vorübergehend Besserung eintreten zu wollen. Bald aber wurden die Schmerzen im ganzen Arm wieder stärker und es zeigte sich nun eine deutliche Parese des ganzen Armes.

Ich sah nun den Patienten am 2. Mai, circa 3 Wochen nach Beginn der Erkrankung. Der sonst gesunde, mässig kräftige Mann hat 1870 acuten Gelenkrheumatismus gehabt, sowie eine Lungenentzündung. Die rechte Schulter ist bei Bewegungen etwas schmerzhaft in Folge einer vor Jahren erlittenen Verletzung. Den linken, am 13. April, wie erwähnt, erkrankten Arm trägt Patient in der Schlinge und klagt über Gefühl von enormer Schwere in demselben. Den Arm kann er kaum heben, kaum flectiren; er lässt ihn schlaff hängen und der Händedruck ist kaum fühlbar. Der linke Arm erscheint dünner wie der rechte und zwar mehr als dem physiologischen Unterschied entspricht. Umfang des Oberarms rechts 27, links 25 cm., des Vorderarms rechts 26, links 25 cm.

Sämmtliche Arm- und Vorderarmmuskeln sind sehr schlaff. Passive Bewegungen des Schultergelenks sind nur mässig schmerzhaft, namentlich Bewegungen nach oben und hinten. — Die Stellung des Oberarmkopfes ist normal und diese Gegend lässt sich durch den etwas schwachen Deltoideus gut palpiren. Umschriebene sehr schmerzhafte Stelle an der vorderen Seite des Oberarmkopfes ausserhalb der Bicepsrinne, ohne nachweisbare Schwellung. Schmerzhaftigkeit an der langen Bicepssehne. Ferner deutliche Schmerzhaftigkeit auf Druck auf den Plexus oberhalb und unterhalb der Clavicula, sowie am Medianus und Radialis am Oberarm. An der Umschlagstelle am Oberarm lässt sich der Radialis gut isoliren und ist entschieden schmerzhaft auf Druck. Der Medianus ist in seiner ganzen Länge vom Plexus bis zum Ellenbogengelenk schmerzhaft. — Sämmtliche Muskeln des Armes sind paretisch und die electrische Prüfung ergibt ganz sichere Abnahme der directen und indirecten faradischen Erregbarkeit. Der Unterschied zwischen rechtem und linkem Arm beträgt allerdings nur $1-1^1/_2$ cm. Rollenabstand, ist aber zu wiederholten Malen, an verschiedenen Tagen constatirt worden. Die Sensibilität ist überall normal, ausser im Musculocutaneusgebiet, am Radialrand des Vorderarms, wo unzweifelhafte Anæsthesie, wenn auch in leichtem Grade vorhanden ist.

Eine genaue Localisation der Læsion ist in diesem Falle schwierig, weil nur Parese mit geringer Herabsetzung der Erregbarkeit besteht. Jedenfalls ist auch hier keine Combination der Lähmung vorhanden, die auf eine radiculäre Lähmung deuten würde. Es handelt sich um eine Erkrankung des Plexus und der Nervenstämme (namentlich Medianus und Ulnaris) und zwar sehr wahrscheinlich auf Neuritis beruhend. Aus den Angaben des Patienten schien hervorzugehen, dass die Lähmung plötzlich aufgetreten sei. Ich war geneigt, den Fall ebenfalls als apoplectiforme Neuritis (traumatisch angeregt) zu bezeichnen. Die Anamnese von Dr. *Sahli* ergab jedoch, dass Anfangs die Erscheinungen die einer chirurgischen Erkrankung der Schulter waren, und dass erst allmälig nervöse Symptome auftraten. Immerhin sind die Fälle analoge. Wir sehen hier im Anschluss an ein leichtes Trauma Erscheinungen auftreten, die wir entschieden als neuritische auffassen müssen.

Ich behandelte den Patienten mit galvanischen Strömen, aber bald mit der Wirkung unzufrieden, gab ich täglich 3 gr. Antipyrin. Der Erfolg war überraschend. Die Schmerzen liessen erheblich nach und nach Gebrauch von 6 gr. war die Lähmung kaum nachweisbar, der Händedruck blieb etwas schwach, war aber entschieden enorm viel stärker als zwei Tage vorher.

Hartnäckiger waren die Erscheinungen in der Schulter, wo immer noch eine schmerzhafte Stelle an der langen Bicepssehne nachweisbar war. Plexus, Medianus und Radialis waren noch immer auf Druck schmerzhaft. Die Anæsthesie am Vorderarm war verschwunden.

Ich glaubte nun, eine Massagebehandlung werde die Heilung befördern. Dr. *Sahli* unternahm dieselbe, jedoch mit Misserfolg.

Am 4. Juni, circa 7 Wochen nach Beginn, ist der Zustand eher schlimmer, die nervösen Erscheinungen treten wieder in den Vordergrund, am Deltoideus treten fibrilläre Zuckungen auf, Patient klagt über Schmerzen in der linken Hals- und Kopfhälfte. Ueber diese Verschlimmerung wird eine spätere Untersuchung wohl Aufschluss geben.[1])

Wenn auch die Beobachtung somit eine unvollständige ist, so wage ich es doch dieselbe zu benutzen. — Unzweifelhaft sind in Folge eines leichten Traumas der Schulter Erscheinungen aufgetreten, die klinisch als neuritische aufzufassen

[1]) Die Mitte Juni vorgenommene Untersuchung zeigte, dass die neuritischen Erscheinungen verschwunden waren. Motilität und Sensibilität normal. Dagegen blieb die Schulter schmerzhaft, sowohl bei Rotation nach innen und aussen, als bei Hebung des Armes nach vorn. Starke Schmerzhaftigkeit auf Druck an der Vorderfläche des Humeruskopfes.



sind. Dr. *Sahli* hat Natr. salicyl. mit etwaigem Erfolg angewendet. Offenbar schwebte ihm eine r h e u m a t i s c h e Erkrankung vor und ich bin sehr geneigt, diesen Fall als Neuritis traumatica-rheumatica zu bezeichnen. Das Antipyrin hat in diesem Falle entschiedene, wenn auch vorübergehende Besserung gebracht und Patient hat schon an Rheumatismus gelitten.

Vor 5 Jahren habe ich im Bezirksverein eine multiple Neuritis demonstrirt.[1])

Ein 27 Jahre alter Mann erwachte mit Erscheinungen einer heftigen Neuritis nerv. ulnaris dextri. Die Erkrankung ging secundär auf andere Nerven über (Neuritis ascendens und descendens). Auch bei diesem Patienten war eine Erkrankung der grossen Zehe, ein Jahr vorher, vorausgegangen, die als gichtisch-rheumatisch aufgefasst wurde und mit Jodanstrich und Eisumschlägen behandelt wurde. Auch in diesem Falle lag die Annahme einer Neuritis rheumatica sehr nahe.

Die Gründe, die mich veranlassen, solche Fälle als rheumatische zu bezeichnen, sind folgende:

Bei den drei erwähnten Fällen sind die Erscheinungen mehr oder weniger schwerer Neuritis theils spontan, theils in Folge einer leichten Verletzung entstanden. In der Litteratur über Plexuslähmungen und über echt radiculäre Lähmungen findet man ebenfalls Fälle, wo ganz geringe Traumata Anlass zu solchen Erscheinungen gaben.

Meine drei Patienten haben alle vor oder nach der Nervenerkrankung unzweifelhafte rheumatische Erkrankungen durchgemacht. Bei zwei derselben hatten Natr. salicyl., Antipyrin eine schmerzstillende Wirkung und verminderten die Lähmungserscheinungen.

In den Fällen, wo ein Trauma vorausging, ist die Wirkung in keinem Verhältniss zur Ursache; auf ein geringfügiges Trauma entsteht eine langdauernde schwere Erkrankung, die ihren eigenen Verlauf nimmt und allenfalls ohne erneutes Trauma recidivirt.

Der Plexus und die Nerven der Oberextremität sind allerdings ziemlich ausgesetzt; sie werden bei verschiedenen Bewegungen gedrückt und gedehnt. Wenn aber ganz leichte Traumata schwere Folgen haben, so muss man annehmen, dass eine Prædisposition bestehe. Ich bin geneigt, dabei den Rheumatismus zu beschuldigen, diese Nervenerkrankungen als rheumatische zu bezeichnen, welche theils spontan, theils traumatisch oder a frigore entstehen. An Analogien fehlt es nicht. Torticollis, Hexenschuss, Lumbago, Facialislähmung sind Erkrankungen, welche ebenfalls ganz plötzlich entstehen können, und in deren Aetiologie Erkältung und Trauma eine grosse Rolle spielen. Aehnlich kann Ischias auftreten und sogar acuter Gelenkrheumatismus kann in Folge eines Trauma entstehen, wie folgendes Beispiel zeigt.

Vor einem Jahre liess mich ein hiesiger Wirth kommen, der 8 Tage vorher die Treppe heruntergefallen war und sich dabei eine Contusion des linken Hüftgelenkes zugezogen hatte. Gegen die Erwartung des Patienten nahm der Schmerz in den folgenden Tagen nicht ab, blieb aber im contusionirten Gelenk beschränkt. Bei meinem Besuche war nun die Temperatur auf 38,4 gestiegen und ich konnte nicht umhin, Verdacht auf Rheumatismus zu schöpfen. Die Bestätigung liess nicht auf sich warten. Tags darauf war das rechte Handgelenk geschwollen und schmerzhaft, später das linke Knie und linke

---

[1]) „Correspondenzblatt“ Jahrg. XIII. 1883, pag. 437.

Fussgelenk. Patient machte einen regelmässigen Rheumatismus durch, der auf Natr. salicyl. rasch in Heilung überging. Die Schmerzen nahmen im gequetschten Gelenk ebenso rapid ab wie in den anderen. — Bei mir selbst habe ich öfters Torticollis und Lumbago entstehen sehen, sowohl nach unzweifelhafter Erkältung als nach ungeschickten, muskelzerrenden Bewegungen.

Warum erkranken nun Gelenke, Muskeln, Bänder, und wenn ich es auszusprechen wagen darf, Nerven, warum entstehen entzündliche Vorgänge in diesen Organen auf so geringfügige Veranlassung wie Zugluft, Durchnässung und winzige Traumata? Weil meines Erachtens eine Praedisposition besteht, weil der Patient nicht vollkommen gesund ist. — Wir wissen, dass bei acuten und chronischen Infectionskrankheiten, auch bei diathesischen Zuständen ein Trauma die Localisation des Uebels bedingen kann. Ich erinnere an den traumatischen Ursprung der acuten Osteomyelitis, an das Auftreten von Hirntumoren, von Meningitis tuberculosa, von syphilitischen Processen auf traumatische Veranlassung.

Ebenso können meiner Ansicht nach Gicht und Rheumatismus traumatischen Ursprung haben. Was nun den Rheumatismus anbetrifft, so bin ich noch keineswegs überzeugt, dass hier ein Coccus im Spiele sei. Ich gebe zu, dass der acute Gelenkrheumatismus verzweifelte Aehnlichkeit hat mit einer Infectionskrankheit, dagegen kann ich mir die Thätigkeit der Microorganismen kaum vorstellen bei diesen alltäglichen Erkrankungen, wie Lumbago, Muskel- und Bänderrheumatismus. — Ich bin geneigt, diese Form an die Gicht zu reihen und den Grund solcher Erkrankungen in Veränderungen der Säftemischung, in Ernährungsstörungen der Gewebe zu suchen. Dabei streife ich an das verpönte Gebiet der Humoralpathologie und bin mir wohl bewusst, dass es schwer ist, diese Ansicht zu beweisen. Mit der französischen Schule, die vielleicht etwas zu sehr an den „Diathesen“ hängt, bin ich geneigt, solche Patienten als Rheumatiker (rhumatisants) zu bezeichnen, welche auf ungenügende Veranlassung in der erwähnten Weise erkranken.

Viele sind Rheumatiker durch Heredität, andere werden es im Laufe der Jahre in Folge von unzweckmässiger Ernährungsweise, Bewegungsmangel, gesundheitswidrigen Wohnungsverhältnissen etc. Schon frühe, bevor von Senescenz gesprochen werden darf, werden wir weniger widerstandsfähig. Was wir im 18. Lebensjahr gut ertragen, dürfen wir uns im 40. nicht mehr zumuthen. Wir vermeiden schon ängstlicher Zugluft, arge Durchnässung, und Traumata heilen nicht so leicht wie in der Jugend. Das Leben hat auf die Constitution schädlich eingewirkt; die Gewebe haben ihre Widerstandskraft eingebüsst und wir erkranken auf Veranlassungen, die den Naturmenschen unbeschädigt lassen würden.

In diesem Sinne bezeichne ich die beschriebenen Neuritiden als rheumatische. Sie entstehen wie Lumbago, wie Ischias, wie Torticollis, bald spontan, bald in Folge von Trauma oder Erkältung bei prædisponirten Individuen. Ob die Prædisposition durch Bacterieninvasion oder Ernährungsstörungen bedingt sei, ist dabei gleichgültig und vorläufig nicht zu entscheiden.

Die vorliegende Mittheilung kann nicht als abgeschlossene Arbeit gelten; die beschriebenen Fälle sind nicht ganz gleichartig; sie bleiben in mancher Beziehung räthselhaft, sind auch zu wenig zahlreich, um gültige Schlüsse zu erlauben.

Wenn ich mir dennoch erlaubt habe, diese Mittheilungen zu machen und dabei

einige halbketzerische Anschauungen auszusprechen, so ist meine Absicht nur die, die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf dieses Thema zu lenken. Ich erinnere mich, schon früher nervöse Störungen bei chirurgischen leichten Erkrankungen der Schulter und des Hüftgelenks gesehen zu haben und glaube, dass man häufiger solche Erscheinungen beobachten könnte, wenn man darauf untersuchen würde. Eine genaue Prüfung der Motilitäts- und Sensibilitätsverhältnisse, eine sorgfältige electrische Untersuchung würde vielleicht in manchen Fällen neuritische Symptome aufdecken.

Vereinsberichte.

Zweiter schweizerischer Aerztetag in Lausanne.

(XXXV. Versammlung des schweizerischen ärztlichen Centralvereins)

25.—27. Mai 1888.

Präsident: Dr. *E. Haffter*, Frauenfeld. — Schriftführer ad hoc: Dr. *F. Dumont*, Bern.

(Schluss.)

Um zwei Uhr vereinigen sich die Mitglieder zum Bankett im Theater-Casino. Die Reihe der Toaste wird durch Dr. *Haffter* eröffnet. In zündender Rede gedenkt er unseres lieben, theuren Vaterlandes, dem wir Aerzte stets zugethan sein wollen. Ihm gilt sein Hoch! Begeistert stimmt die Versammlung das „Rufst Du mein Vaterland“ an.

Dr. *Dufour* begrüsst Namens seiner Collegen die zahlreich erschienenen Mitglieder des Centralvereins. „Nous avons puisé chez vous le lait de la science; nous avons conclu dans vos universités des liens d'amitié, que nous renouvelons chaque fois. Il a neigé sur les têtes dès lors, non sur les cœurs. Enfin, nous vous devons des exemples qui font l'honneur de notre corps médical: le Dr. *Schneider*, cet homme vénéré, qui marchait vers l'idéal et qui prenait toujours comme premier but le bien de ses concitoyens; *Frédéric Horner*, dont la parole dominatrice était le reflet d'un esprit supérieur; enfin deux jeunes hommes enlevés à notre affection *Albert Burckhardt-Merian* et *Arnold Baader*, qui nous montraient le chemin du devoir du côté de la science et de la charité. L'esprit de ces amis disparus règne encore parmi vous. C'est au nom du souvenir de ces hommes, que je souhaite la bienvenue à nos confédérés.“ —

Nach dieser mit grossem Beifall aufgenommenen Rede wird unter Applaus Dr. *Morin* (Colombier) zum Tafelmajor ernannt. Derselbe spricht in warmgefühlter Rede über den hohen Beruf unseres Standes, der sich am besten in der kurzen Devise zusammenfassen lasse: „Par la science pour la patrie. Par la science pour l'humanité!“ Er trinkt auf die Collegialität der Aerzte untereinander.

Dr. *Dupont* begrüsst die anwesenden Vertreter der Behörden. Er betont, dass die Waadtländer Aerzte allen Grund haben, ihren Behörden dankbar zu sein für die Sorgfalt und die Opfer, die der Staat zu jeder Zeit für sie gebracht.

Dr. *Sonderegger* schildert in seiner bekannten blumenreichen Sprache den Geist der Medicin. „Er ist leicht zu fassen“, wenn man ihn fassen will. Es ist der Idealismus im Gewande der kühlen Reflexion und mit den Waffen der weltbewegenden Naturwissenschaft. Seine erste That in unserem Vaterlande war von jeher die herzliche Vereinigung aller schweizerischen Aerzte zum Lernen und zum Kämpfen.

Dieser Vereinigung aller schweizerischen Aerzte im Geiste unseres Berufes und im Dienste unseres Vaterlandes sei heute und immerdar unser Herz und unser Wort geweiht!

Die mit jugendlichem Feuer gesprochenen Worte erregen allgemeine Begeisterung.

Staatsrath *Debonneville* spricht seine Freude darüber aus, dass er die Schweizer Aerzte in Lausanne begrüssen und sie herzlich willkommen heissen dürfe.

Dr. *Morax* (Morges) bringt sein Hoch auf Dr. *Sonderegger* und die schweizerische Aerztecommission aus.

Dr. *Götz* (Genf) dankt den Collegen, welche das Fest organisirt, und trinkt auf die Einigkeit der Schweizer Aerzte.

Dr. *Reali* (Lugano) bringt in italienischer melodischer Rede sein Hoch auf die Einigkeit der drei schweizerischen Aerztegesellschaften.

Um die Reihe der in unserem Vaterlande gebräuchlichen Sprachen zu schliessen, erfreut uns noch Dr. *Tramêr* mit einem kleinen Toast auf das schöne Waadtland in romanischer Mundart.

Während des Bankettes laufen verschiedene Telegramme ein, so von Dr. *Pongelli* (Rivera), Prof. *Schiess* (Basel), Dr. *Bissegger* (Weinfelden), Dr. *Exchaquet* (Bex).

Andererseits theilt Dr. *Dufour* mit, dass der berühmte Ophthalmologe Prof. Dr. *Donders* in Utrecht heute seinen 70sten Geburtstag feiere. Er beantragt, dem Jubilar ein Telegramm zuzusenden, was mit allgemeiner Freude angenommen wird.

Nach dem Bankette nahte leider für viele Collegen die Abschiedsstunde. Die übriggebliebenen besichtigten noch etwas die Stadt und fanden sich Abends in der Abbaye de l'Arc wieder zusammen zu fröhlicher Tafelrunde.

Sonntag Morgens, den 27., folgten über 100 Mitglieder der freundlichen Einladung der Aerzte von Montreux und des Vereines der Gasthofbesitzer, eine Spazierfahrt per Schiff nach Montreux zu machen. Vom schönsten Wetter begünstigt, gestaltete sich diese Fahrt zu einem der schönsten Augenblicke des ganzen Festes und wohl keiner der Herren Collegen wird es seither je bereut haben, noch einen Tag länger fern von seinem Wirkungskreise geblieben zu sein! In Montreux und Territet wurde das Schiff mit Böllerschüssen begrüsst, in Territet die Theilnehmer von zarter Hand mit Blumen geschmückt und hinauf ging es per Drahtseilbahn nach Glion. Hier wurde im Righi Vaudois den Mitgliedern der gediegenste Empfang zu Theil. Beim splendiden Bankette begrüsste sie Dr. *Carrard*, sen. Namens der Aerzte von Montreux und des Vereines der Gasthofbesitzer auf's herzlichste. Ihm dankend erwiderte in französischer Sprache Dr. *Rogivue*.

Dr. *Haffter* bringt in deutscher Sprache sein Hoch auf die freundlichen Festgeber und ihre paradiesische Gegend. Nach ihm brauche man sich nicht mehr zu zanken, ob das Paradies in Asien oder in Afrika gestanden, er glaube sicherlich in Glion hätten Adam und Eva ihren Lebenswandel begonnen! Nur schade, dass die anwesenden Adams ihre Evas nicht mitgebracht hätten, um die paradiesische Freude vollkommen zu machen.

Dr. *Reali* spricht in seiner uns Allen so sympathischen Mundart mit begeisterten Worten über Freundschaft und gegenseitige Achtung. „Eviva noi, passate mi la modestia!“

Endlich bringt Dr. *Morin* einen allerliebsten freimüthigen Vortrag über die zukünftige Lausanner Hochschule, welcher einen nicht enden wollenden Beifallssturm erweckt.

Nach dem Essen begaben sich die Theilnehmer zu Fuss nach Mont Fleuri, wo der gastfreundliche Herr Chessex den Caffee servirte und die Pforten seines vorzüglichen Flaschenkellers in liberalster Weise öffnete. Hier wurden angesichts der schönsten Gottesnatur die letzten, aber dafür auch die fröhlichsten Stunden zugebracht, bis Abends 6 Uhr das unerbittliche Dampfschiff die Aesculapjünger gestählt und zu neuem Leben frisch entflammt nach ihrer Heimath zurückführte.

Allen Denjenigen, die sich mit der Organisation dieses so wohlgelungenen Festes zu befassen hatten, sei noch aus der Ferne der herzlichste Dank für ihren freundlichen Empfang ausgesprochen!

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

Dritte Sitzung im Sommer-Semester, Dienstag den 29. Mai 1888, Abends 8 Uhr, im Café du Pont.[1])

Präsident: Dr. *Schaerer*. — Actuar: Dr. *Dumont*.

Anwesend 20 Mitglieder und 1 Gast.

1. Dr. *Dubois* spricht **„Ueber apoplectiformes Einsetzen neuritischer Erscheinungen“**. (Siehe Spitze dieser Nummer.)

[1]) Eingegangen den 16. Juni 1888. Red.



Die Discussion eröffnet Prof. Dr. *Kronecker*. Es hat ihn besonders vom theoretischen Standpunkte aus interessirt, zu hören, dass eine gewisse Veränderung der Säfte die Möglichkeit haben solle, einen Nerven zu alteriren. Solche veränderte Resistenzen brauchen aber, seines Erachtens, nicht auf einer Veränderung der Säfte (sit venia verbo) zu beruhen, sondern können auf chemische Veränderungen der freien Nervenendflächen zurückgeführt werden. Diese chemischen Veränderungen erhöhen die Erregbarkeit der Nerven oder wirken, genauer gesagt, selbst als Reize.

Dr. *Sahli* schliesst sich im Allgemeinen der Auffassung des Vortragenden an. Auch er hat im Laufe seiner Praxis bei acutem, wie bei chronischem Gelenkrheumatismus die Wahrnehmung gemacht, dass nicht nur die Gelenke, sondern auch die Weichtheile durch neuralgische oder neuritische Erscheinungen (Localisation, Paræsthesien, leichte Anæsthesien, Druckpunkte) in Mitleidenschaft gezogen wurden. — Uebrigens ist direct eine multiple Neuritis als Theilerscheinung des Gelenkrheumatismus von *Pitres* und *Vaillard* beschrieben worden. — Die Erkenntniss der larvirten Form des Gelenkrheumatismus ist ja für die Therapie sehr wichtig.

Dr. *Bueler* ist der Ansicht, dass man die Neuritis als eine Infectionskrankheit doch nicht so ganz von der Hand weisen müsse. Es verhalte sich mit ihr wie beim Gelenkrheumatismus, der auch eine Infectionskrankheit sei, wie folgender Fall, den er erlebt, beweisen könne. Als *B.* Assistent am *Kocher*-Spital im Mattenhof war, bekam ein Patient mit linkseitiger Resectio genu nach einigen Tagen Schmerzen im rechten Knie. Diese Schmerzen verbanden sich mit einem Ergusse ins Gelenk, der nun allmälig in verschiedenen Gelenken auftrat. Zu bereits gleicher Zeit traten bei Patienten desselben und des untern Stockwerkes Gelenkergüsse auf. Endlich kam die Magd, welche diese beiden Stockwerke besorgte, beklagte sich über Schmerzen in den Gelenken und zeigte Ergüsse darin. Die Patienten des obern Stockwerkes, welche nicht von der gleichen Magd besorgt wurden, erkrankten nicht, d. h. es wurden nur diejenigen Patienten ergriffen, welche in den vom erwähnten Zimmermädchen besorgten Zimmern lagen. Dass hier eine Infection als Grund dieses multiplen Auftretens von Gelenkrheumatismus beschuldigt werden müsse, liegt auf der Hand.

Dr. *P. Niehans* hat Gelegenheit gehabt, den einen der Fälle von *Dubois* zu untersuchen. Er konnte dabei eine Verdickung der langen Bicepssehne constatiren, eine Erkrankung, die sich durch einen sehr langwierigen Verlauf auszeichnet. Von dieser Affection aus entwickelte sich — allerdings auf Grund einer schon bestehenden Dyscrasie — eine Neuritis.

Dr. *Dick* möchte im Anschluss an eine Bemerkung von Dr. *Dubois*, als ob Lumbago und ähnliche Zustände immer rheumatischen Ursprungs seien, doch betonen, dass in vielen solcher Fälle anatomische Veränderungen, also z. B. Muskelzerreissungen als Grund der Leiden angenommen werden.

Darauf erwidert Dr. *Dubois*, dass allerdings in einer gewissen Zahl von Fällen solche anatomische Veränderungen vorkommen, dass aber bei vielen Leuten, die keine rasche Bewegung ausgeführt oder sonst keinem Trauma sich ausgesetzt, dasselbe Leiden sich einfinde. Dies treffe oft bei ältern Leuten zu, bei denen das erstmalige Leiden einen gewissen Locus minoris resistentiæ gebildet, auf Grund dessen spätere Erkrankungen sich ausbildeten und sehr langwierig würden.

Dr. *Christener* möchte als Beispiel des Zusammenhanges zwischen Trauma und Gelenkrheumatismus sich selbst hinstellen. Er hat nämlich nach einem Falle auf die Schulter kurze Zeit darauf einen Rheumatismusanfall in den untern Extremitäten überstanden, der ihn längere Zeit ans Bett fesselte.

Dr. *Schaerer* wirft die Frage auf, ob bei den erwähnten Fällen von Lumbago nicht Embolien, besonders bei Patienten mit Herzaffectionen, mit im Spiele sein könnten? Er hat Patienten mit Herzkrankheiten, die recht häufig an Lumbago leiden.

Dr. *Dubois* hat so etwas nicht beobachtet.

Prof. Dr. *Kronecker* möchte aber diese Frage aus einem gewissen Zusammenhange mit Beobachtungen, die am Froschherzen gemacht werden, nicht von der Hand weisen.

Ebenso nicht Dr. *Bueler*, der Dr. *Dubois* zudem anfrägt, ob er nicht schon Endocarditis zu acuten Neuritiden habe hinzutreten sehen, da einige englische Autoren nach Ischias solche auftreten sahen. — Er stellt daneben noch an die Geburtshelfer die Frage, ob sie nicht im Puerperium solche Affectionen, wie Gelenkrheumatismus, beobachtet hätten?

Dr. *Dubois* erwidert, dass er nicht im Falle sei, solche Beobachtungen anzuführen. — Was den Punkt des Gelenkrheumatismus im Puerperium anbetreffe, so glaube er, es handle sich hier einfach um Pyohæmie.

Dr. *Dick* glaubt auch, dass Gelenkrheumatismen im Puerperium doch meist pyohæmischer Natur seien. — Er weiss sich eines einzigen Falles zu erinnern, wo im Puerperium, nach ganz normal verlaufener Geburt, eine multiple Neuritis bei einer Patientin, die an Alcohol stark gewohnt war, auftrat. Damals nahm er mit Dr. *Sahli* an, es handle sich um eine Polyneuritis alcoholica.

Dr. *Sahli* betont, dass die Aetiologie einer puerperalen Polyneuritis bekannt und dass diese Krankheit zunächst von *Möbius* beschrieben worden sei.

2. Dr. *Lardy*, Assistenzarzt der chirurgischen Klinik, demonstrirt:

a. **Das Präparat einer wegen Littre'schen Bruches vorgenommenen Darm-Resection.** Es handelte sich um einen 50 Jahre alten Mann, der am 26. Mai 1888 in die Klinik aufgenommen wurde.

Seit 5—6 Tagen hatte Patient Schmerzen in der rechten Leistengegend in einer Hernie, die er schon seit 3 Jahren hatte; seit dem 23. Mai hatte er weder Stuhlgang noch Winde; die Schmerzen hatten zugenommen und die Geschwulst der Leiste war grösser geworden.

Bei der Aufnahme war Patient noch im Stande zu gehen, klagte aber über Schmerzen in der bezeichneten Gegend. Der Bauch war wenig aufgetrieben (was zum Theil auf die Diät, die Patient gehalten hatte, zu beziehen war); kein Erbrechen.

Patient war ein kräftiger und gut gebauter Mann. Puls und Temperatur normal. Allgemeiner Status bot nichts Abnormes.

In der Leiste unterhalb des *Poupart*'schen Bandes eine Geschwulst von der Grösse eines Eies, stark gespannt, sehr schmerzhaft auf Druck, etc. etc., die also alle Zeichen einer eingeklemmten Hernia cruralis darbot.

Patient wurde gleich gebadet, abgeseift, rasirt und in den Operationssaal gebracht. Die Antiseptik wurde nach den allgemein bekannten *Kocher*'schen Maassregeln ausgeführt und ist es deshalb unnöthig, hier weiter auf dieselbe einzutreten.

Bei der Eröffnung des Bruchsackes fand sich zuerst ein Stück Darm von der Grösse einer Wallnuss oder etwas mehr, stark gespannt, blauschwarz verfärbt und sogar an einer Stelle schieferig grau aussehend.

Die Bruchpforte war sehr eng und die Einschnürung eine recht feste.

Nach Erweiterung der Bruchpforte, Vorziehung des Darms und genauer Untersuchung desselben, welche deutlich den Eintritt von Gangrän ergab, wurde zur Resection geschritten und zwar genau nach den Vorschriften des Herrn Prof. *Kocher*.

Der Darm wurde so abgeschnitten, dass an der Peripherie etwas mehr weggenommen wurde und das Mesenterium scharf an seinem Ansatz abgelöst.

Die Naht mit Seide, und zwar zuerst eine Reihe Knopfnähte, die die ganze Darmwand interessiren und dann fortlaufende *Lembert*'sche Naht der Serosa.

Desinfection mit Salicylwasser 2‰ und Sublimat 1‰, Reposition, Unterbindung des Bruchsackhalses mit Seide und Abtragung des Sackes, Hautnaht und Verband.

Bei der Untersuchung des eingeklemmten Stückes vor und nach der Resectio stellte sich zur Evidenz heraus, dass man eine *Littre*'sche Hernie vor sich gehabt hatte, und zwar eine Hernie der Vorderwand des Darmes. Nur nach und nach bei der Zunahme der Hernie an Grösse traten Ileuserscheinungen auf und zwar nur unter so milder Form,

dass man ohne Anamnese diese Hernie unbedingt für eine Netzhernie gehalten haben würde.

Die Folgen der Operation waren sehr gering, die Wunde heilte in zwei Tagen per primam, und gegenwärtig, 4. Juni 1888, ist Patient vollständig wohl.

b. Verschiedene theils neue, theils modificirte **Instrumente** aus der *Kocher*'schen Klinik, von welchen die wichtigsten, wie auch die

3. von Dr. *Beck* gezeigten **Neuigkeiten** in Trachealcanülen, Stethoscopen und *Pravaz*'schen Spritzen in der Monatsschrift für ärztliche Polytechnik beschrieben sind.

Vierte Sitzung im Sommersemester 1888, Dienstag den 12. Juni, im Café du Pont.

Präsident: Dr. *Schærer*. — Actuar: Dr. *Dumont*.

Anwesend 18 Mitglieder.

1. Dr. *P. Niehans* spricht **„Ueber Behandlung falscher Fingeranchylosen mittelst Massage und forcirter passiver Bewegungen“.**

Der Vortragende beleuchtet zunächst die gangbare Behandlung der Fingergelenkentzündungen und macht darauf aufmerksam, wie unrichtig die Gewohnheit ist, einen Finger mit Gelenkentzündung, hauptsächlich traumatischer Natur, in ganz gestreckter Stellung zu immobilisiren. Es soll vielmehr eine leicht gebeugte Stellung gewählt werden, da der Finger, sollte er je ganz anchylosiren, in dieser Stellung brauchbar ist, während er in völlig gestreckter Anchylose ein störendes Glied darstellt. Ferner ist darauf aufmerksam zu machen, dass die Immobilisirung des erkrankten Fingergelenkes fast durchwegs eine viel zu lang dauernde ist — 3 bis 6 Wochen — während 1 bis 2 Wochen reichlich genügen dürften. Wenn nach 2 oder 3 Wochen der Verband entfernt wird und nun das mittlerweile steif gewordene Gelenk noch etwas geschwollen resp. verdickt aussieht und überdies bei dem geringsten Bewegungsversuch sofort intensiver Schmerz auftritt, so lässt sich der Arzt dadurch oft genug bestimmen, nochmals einen immobilisirenden Verband anzulegen, da er glaubt, die Entzündung sei noch nicht abgelaufen und müsse daher nochmals Ruhestellung gegeben werden. Es ist dies total falsch und für die Patienten oft genug — je nach ihrem Beruf — sehr verhängnissvoll: nicht nur ist der Befund, zumal bei ältern Leuten, nach weitern 2—4 Wochen kein günstigerer, sondern die Versteifung hat sich mittlerweile in Folge der weitern Immobilisirung um so ausgeprägter ausgebildet. Nun wird dem Patienten in schonender Weise die Befürchtung mitgetheilt, es werde der Finger wahrscheinlich zeitlebens steif bleiben.

Man denke sich einen Clavier- oder Violinspieler von Beruf in solcher Lage! — Glücklicherweise steht es mit der Prognose nicht so schlimm, sofern eine richtige Behandlung eingeleitet wird, nämlich die Mobilisirung des versteiften Gelenks mittelst forcirter passiver Bewegungen und gleichzeitige Massage zur Rückbildung der Infiltration der Gelenkkapsel und besonders der bändrigen Theile. Warme Localdouchen unterstützen die Behandlung in sehr förderlicher Weise. — Ein solcher Fall von falscher Fingeranchylose — nach traumatischen Entzündungen in Folge von Schlag und besonders von Sturz auf den ausgestreckten Finger wird kaum je wahre Anchylose beobachtet, am ehesten nach Gelenkwunden mit nachfolgender eitriger Panarthritis — wäre daher so zu behandeln:

Massage des betreffenden Gelenks und ganzen Fingers als Einleitung; dann wird der steife Finger sicher aber schonend gefasst, das unbewegliche Gelenk passiv mit ziemlich erheblicher Gewalt gebeugt und ist alsdann die gewonnene Bewegungsexcursion durch mehrere nachfolgende Bewegungen sogleich zu sichern. Folgt wieder sanfte Massage, während welcher sich Patient von dem intensiven Schmerz bei der vorausgegangenen Bewegung erholen kann. Folgt eine zweite Reihe von Bewegungen (8—10 Mal) und wiederum Massage als Schluss der Sitzung, welche aus Rücksicht für den Patienten nur für's erste Mal nicht weiter ausgedehnt wird. — Täglich ist nun das Resultat nicht nur aufrecht zu erhalten, sondern allmälig zu vervollständigen und man soll sich nicht zuzufrieden geben, als bis passiv die Fingerbeeren — wenigstens bei den vier letzten Fingern — mit ziemlicher Leichtigkeit bis zur Vola des Metacarpuskopfes gebracht

werden können. Wenn auch der Schmerz bei diesen forcirten passiven Bewegungen ein sehr bedeutender ist, so erträgt ihn Patient doch willig, da er von dem rasch eintretenden Wechsel. in seinem vermeintlich hoffnungslosen Zustand auf's Freudigste überrascht ist und da der Schmerz, sobald die forcirte Bewegung aufhört, sich sehr rasch mildert und bald verschwindet und letztere ja nur auf kurze Momente ausgedehnt zu werden braucht. Die Chloroformnarcose kann deshalb auch füglich umgangen werden, um so mehr, als ja doch die Uebungen fortgesetzt werden müssen. — So wird nun die Behandlung während 2—4 Wochen fortgesetzt; bei energischem Vorgehen kann schon in 2—3 Wochen Patient sich selbst überlassen bleiben — er setzt Massage und Gymnastik selbst fort, wenn nur einmal die Bewegung wiedergewonnen ist — bei schonenderer Behandlung dauert die ärztliche Cur selbstverständlich länger. — Würde eine solche falsche Fingeranchylose sich selbst überlassen bleiben, so würde es kaum zu wahrer Anchylose kommen, der Zustand könnte aber leicht viele Monate lang unverändert fortdauern, bis endlich eine unverhoffte gewaltsame Bewegung den Bann lösen würde, wie man es ja früher — vor der Pflege der Massage — ab und zu z. B. am Kniegelenk erlebte.

Eine leichte Verdickung des erkrankten Gelenks, weniger die Kapsel als vielmehr die bändrigen Theile (besonders am Köpfchen der Phalange an der Insertion) betreffend, bleibt noch auf längere Zeit, oft auf Monate hinaus zurück, zumal bei ältern Leuten, auch wenn die Function bereits wieder eine recht befriedigende geworden. In diesem Stadium sind warme Douchen sehr fördernd und wirkt auch die warme Jahreszeit sehr günstig.

Die Behandlung frischer traumatischer Fingergelenkentzündungen ist daher nach obigen Auseinandersetzungen dahin zu resümiren: Für 6 bis höchstens 14 Tage Lagerung auf einem gepolsterten Schienchen in leicht gebeugter Stellung. Kein erhärtender Verband, damit jederzeit der Finger controlirt und der richtige Zeitpunkt erkannt werden kann, wo zuerst die Massage zur Förderung der Abheilung der Entzündung und alsdann auch die Gymnastik einzutreten hat. — Es unterliegt keinem Zweifel, dass wenn von dieser unzweckmässigen Art der Behandlung mittelst Immobilisation mit erhärtenden Verbänden in gestreckter Stellung und für so lange Dauer abgegangen wird, auch der Verlauf der Fälle ein wesentlich anderer sein wird: dem Patienten wird der Schrecken wegen vermeintlichen Steifbleibens des Fingers und eine so schmerzhafte Bewegungscur erspart bleiben.

Folgt ein Referat über einige einschlägige Fälle; einer derselben ist von besonderem Interesse:

Patient, 38 Jahre alt, Violinspieler und Concertmeister, stürzte im December 1879 und zog sich eine traumatische Gelenkentzündung des Gelenkes zwischen 1. und 2. Fingerglied des rechten Zeigefingers zu. Immobilisirung nach üblicher Art. Versteifung des Gelenks. Da letztere nicht weichen will, und Patient bei Bewegungsversuchen stets sofort intensiven Schmerz hat, beginnt er unruhig zu werden, weil ihm die Ausübung seines Berufes als Künstler (Violinspieler) unmöglich geworden. Patient liess es an Consultationen bei hervorragenden Chirurgen nicht fehlen. Alle riethen übereinstimmend weitere Immobilisation im Gypsverband. (Einer beantragte Gypsverband mit Fenster, um das betr. Gelenk mit Jodtinctur reichlich bestreichen zu können.) Der Zustand blieb sich gleich. Nun wurde auch der Vortragende consultirt: Massage und forcirte passive Gymnastik wird für indicirt erklärt, jede weitere Immobilisation ist aufzugeben. Sollte diese Behandlung, weil der von hervorragender Seite angerathenen diametral zuwiderlaufend, nicht genehm sein, resp. nicht Vertrauen erwecken, so soll Patient für $^1/_4$ Jahr nach Italien gehen, da in dem dortigen warmen Klima (es wurde auch von heissen Bädern gesprochen) die Versteifung, weil nur durch falsche Anchylose bedingt, sich allmälig von selbst heben dürfte. — Patient, unschlüssig, consultirte nochmals. Wiederum wird Immobilisation angerathen und zugleich die leise Befürchtung ausgesprochen, es könnte der Finger steif bleiben. In seiner Verzweiflung — Patient war schon seit Monaten berufsunfähig — beschloss er nach Wien zu reisen. *Billroth* verwarf jede weitere Immobilisation und verwies ihn an seinen frühern Assistenten

Barbieri, einen eifrigen Vertreter der Massage. — Dieser stellte den Patienten mittelst Massage und passiver Bewegungen innerhalb ca. 6 Wochen wieder so weit her, dass er etwa einen Monat später wieder im Concert auftreten konnte.

In der Discussion erklärt sich Dr. *Bueler* im Ganzen mit den Ansichten des Vortragenden einverstanden. Er hält dafür, dass man bei Gelenkentzündungen an den Fingern diese letztern nicht gestreckt, sondern in stumpfem Winkel einbinden soll, weil man damit für die spätere Massage ein grösseres Angriffsgebiet habe. Die Fingeranchylosen sind leider oft nicht arthrogen, gehen vielfach von Sehnenaffectionen aus, und bedürfen zu ihrer Heilung grosser Geduld.

Dr. *Niehans* hat doch den Eindruck, als ob diese Anchylosen meist von den Gelenken, resp. von deren Kapsel und Bändern ausgehen.

Dr. *Christener* frägt den Vortragenden an, was Vortragender unter der Commotio eines Gelenkes verstehe?

Dr. *Niehans* erwidert, dass er darunter eine Erschütterung des Gelenkes verstehe, welche minimale pathologische Veränderungen, wie z. B. kleine Blutungen aus dem Knochenmarke in der Nähe der Gelenkenden zur Folge haben, die aber wichtig genug seien, das betreffende Gelenk gebrauchsunfähig zu machen.

Dem gegenüber betont Dr. *Stooss*, dass diese Bezeichnung der Commotio deshalb vielleicht keine glückliche sei, als man unter einer Commotio einen Zustand verstehe, bei dem eben keine pathologischen Veränderungen nachweisbar seien.

Dr. *Dumont* ist betreffs Behandlung falscher Fingeranchylosen mit Massage mit dem Vortragenden einverstanden. Er glaubt nicht, dass es gegenwärtig Jemanden einfallen könne, eine falsche Anchylose durch Immobilisation zu behandeln, indem doch überall — auch wenn man sich nicht speciell mit Massage abgebe — gelehrt werde, dass solche Anchylosen mit passiven Bewegungen am besten zu bekämpfen seien.

2. Dr. *Dick* verliest die von der dazu eingesetzten Commission (vgl. dieses Blatt pag. 380) beschlossene **Eingabe an die Sanitätscommission** betreffs Organisation von Fortbildungscursen für die Hebammen der Stadt Bern. Diese Eingabe ruft einer längern Discussion, an der sich die HH. Oberfeldarzt *Ziegler*, DDr. *Dick*, *Stooss*, *Wyttenbach*, *Niehans-Bovet*, *Niehans-Kaufmann*, *Dubois*, *v. Werdt*, *Christener* und *de Giacomi* betheiligen. Nach verschiedenen Amendements wird einstimmig beschlossen, folgende Eingabe an die städtische Polizeidirection zu Handen der Sanitätscommission einzureichen:

„Herr Director! Der medicinisch-pharmaceutische Bezirksverein der Stadt Bern erlaubt sich Ihnen folgendes Gesuch, das die öffentliche Gesundheitspflege in hohem Maasse interessirt, nebst Antragstellung zu unterbreiten.

Schon zu wiederholten Malen wurde in ärztlichen Kreisen die Frage angeregt und besprochen, ob nicht die Hebammen von Zeit zu Zeit zu Fortbildungscursen einzuberufen seien, um sie mit den Errungenschaften der Neuzeit auf dem Gebiete der Geburtshülfe (namentlich der Hygieine und der Desinfection) vertrauter zu machen, als sie es gewöhnlich sind. Dies betrifft hauptsächlich die ältern Hebammen. Leider wurde die Angelegenheit aus verschiedenen Gründen auf die lange Bank geschoben und einem von einer Commission, die vor einigen Jahren zur Inspection der Hebammen den ganzen Canton Bern bereiste, an die Direction des Innern eingereichten Berichte keine Folge gegeben.

Da nun die Angelegenheit sehr wichtig und dringlich ist und von der Qualität der Hebammen in hohem Maasse das Wohl und Wehe einer grossen Zahl der Bevölkerung abhängt, so wurde in unserem Vereine die Anregung gemacht, es seien, da Seitens des Cantons die Sache kaum in Bälde zu einem Abschluss gebracht werden wird, für die Hebammen der Stadt Bern

A. Fortbildungscurse zu organisiren.

Gerade für ein grosses Bevölkerungscentrum ist es um so wichtiger, tüchtige Hebammen zu haben, weil in einer Stadt der Ausbruch einer Puerperalfieberepidemie viel schlimmere Folgen haben wird, als auf dem Lande bei weniger dichter Bevölkerung. Zudem ist zu erwarten, dass, wenn die Stadt Bern für die Organisation von Hebammen-

cursen mit dem guten Beispiele vorangeht, auch im übrigen Theile des Cantones durch die Privatinitiative der Aerzte bezirksweise gleiche Curse ins Leben gerufen werden, und dies jedenfalls zum grössten Vortheile der Bevölkerung.

Wir erlauben uns daher, Ihnen folgenden Antrag zu unterbreiten:

1. Sämmtliche Hebammen der Gemeinde Bern sind von der Polizeidirection zu einem Fortbildungscurse einzuladen, und zwar ohne Entschädigung.

2. Damit nicht alle Hebammen zu gleicher Zeit ihrem Wirkungskreise entzogen werden, sind dieselben in drei Abtheilungen zu theilen.

3. Der Curs wird 8—10 Stunden (alle zwei Tage eine Stunde) in Anspruch nehmen.

4. Nach Beschluss der zur Erledigung der Frage niedergesetzten Commission von 6 Mitgliedern sind die Herren DDr. *Conrad, v. Werdt* und *Dick* mit der Leitung der Curse zu betrauen und übernimmt jeder der Genannten eine der drei Abtheilungen.

Die Herren Dr. *Christener* und Dr. *Niehans-Bovet* anerbieten ihre Mitwirkung ebenfalls, z. B. als Examinatoren am Schlusse des Curses.

5. Ueber die Détails der in dem Curse zu behandelnden Capitel haben sich die oben genannten Aerzte zu einigen. In grossen Zügen angegeben, sind die zu besprechenden Gegenstände folgende:

a. Repetition über die Schwangerschaft, den Geburtshergang (Geburtsmechanismus, Geburtsphasen) und die jetzt gebräuchlichen termini technici.

b. Desinfection.

c. Anzeigepflicht der Hebammen an einen Arzt bei allen abnormen Zuständen; gedrucktes und schriftlich auszufüllendes Anzeigeformular.

d. Hygieinische Vorschriften für die Frauen vor, während und nach der Geburt.

e. Wochenbett (Thermometrie).

f. Puerperalfieber (Verhalten der Hebammen beim Ausbruche desselben).

g. Kinderpflege (Augenentzündung Neugeborner).

h. Stillen und künstliche Ernährung.

i. Revision der Instrumente und Utensilien der Hebammen.

k. Controlle der Hebammenjournale.

B. Da eine gehörige Desinfection bei der Geburt und im Wochenbette nur mit der nöthigen Menge einer desinficirenden Substanz möglich und es den Hebammen nicht zuzumuthen ist, bei ihrer sonst schon kärglichen Honorirung die Ausgaben dafür selbst zu tragen, so beantragen wir, es sei den Hebammen zu gestatten und vorzuschreiben, unter Controlle durch zu bestimmende Formulare für jede Geburt das von uns als für die Hebammen zweckmässigste gewählte Desinficiens (im Maximum 500,0) Carbolsäure (zur Herstellung von 16 Liter 3% Carbollösung) auf Rechnung der zu Entbindenden aus einer Apotheke herbeischaffen zu lassen. Die Kosten für die Desinfectionsmittel sind für Unbemittelte durch die Gemeinde zu tragen und ist die Mittellosigkeit durch die Quartieraufseher zu bezeugen.

C. Da in andern Gemeinden, so namentlich auf dem Lande, die Hebammen für die Besorgung der Armen aus der Gemeindekasse honorirt werden, so möchten wir beantragen, es sei auch in der Stadt Bern für die Besorgung einer mittellosen Wöchnerin ein Honorar von Fr. 15 für die Hebamme auszusetzen, da durch die Besserung der socialen Lage der Hebamme auch deren Leistungsfähigkeit gehoben wird. Die Controlle der Mittellosigkeit hätte auch in diesem Punkte durch den Quartieraufseher zu geschehen.

Man kann über diesen letztern Antrag zwar sagen, für die Armen sei die Entbindungsanstalt und deren Poliklinik da.

Dagegen sei aber bemerkt, dass:

a. die Entbindungsanstalt nicht alle Armen besorgen kann;

b. viele Frauen nicht von der Entbindungsanstalt besorgt sein wollen;

c. die Entbindungsanstalt gerade ausserehelich Niederkommende, die doch meist zu den Armen zählen, grundsätzlich in der Stadt nicht besorgt.

Aus diesen Gründen fallen den Privathebammen noch eine ziemlich grosse Zahl zu

besorgender Geburten bei Armen zu, für die meist kein oder nur ein äusserst geringes Honorar geboten wird.

Indem wir Ihnen diese Anträge zur gefälligen Genehmigung unterbreiten, etc. etc."

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

6. Wintersitzung den 28. Januar 1888.[1])

Präsident: Dr. *Seitz* (in Vertretung). — Actuar: Dr. *W. Schulthess.*

I. Dr. *Hanau* demonstrirt ein Präparat von **doppeltem Aneurysma aortæ.** Das untere annähernd halbkugelförmige sitzt 3 cm. über den Semilunarklappen an der vorderen Circumferenz, so dass es im vorderen Mediastinum nach Entfernung des Sternum als rundlicher Tumor sich präsentirte, der vom obern Rand des Pericards bis zum Knorpel der ersten Rippe reichte. Dasselbe ist zum grössten Theil mit Thromben ausgefüllt. Das zweite Aneurysma sitzt zwischen Anonyma und linker Carotis an der hintern Circumferenz, ist etwas kleiner, ganz mit ältern und frischern Gerinnseln gefüllt. Es comprimirt die Trachea 2 cm. über der Bifurcation. Die Innenfläche der letztern zeigt neben zwei Decubitalgeschwüren (durch die *König*'sche Canüle) zwei linsengrosse Perforationen, von welchen die eine scharfrandig, die andere dicht daneben im Grund eines der Decubitalgeschwüre gelegen ist. Die dazwischen liegende Wandparthie ist unterminirt. Durch diese Perforationen, welche zwischen zwei auseinander gedrängten Ringen liegen, gelangt man direct in die Gerinnselmassen, da die Arterienwand daselbst total geschwunden ist. Die Dicke der Thrombusmassen und die Festigkeit ihrer tiefern Schichten verhinderten die Blutung. Zwischen beiden Aneurysmen ist eine erbsengrosse ausgebuchtete Stelle der Arterie, welche als beginnendes Aneurysma aufzufassen. Im absteigenden Theil der Brustaorta noch zahlreiche gelbe Flecke, die, nur zum geringen Theil erhaben, vielfach eine gerunzelte Innenfläche zeigen, deren Unebenheit sich ausgleicht, sobald man die Gefässwand daselbst leicht nach aussen drängt. Die Aorta abdominalis zeigt nur ganz spärliche Veränderungen dicht unter dem Zwerchfell.

Der Vortragende betont noch, dass zur Genese derartiger Aneurysmen die gewöhnliche auf Endarteritis beruhende Arteriosclerose nicht ausreiche, dass vielmehr die Dilatation als Folge einer Degeneration der Media, als der contractilen und elastischen Schicht, aufzufassen sei, das Resultat der mikroskopischen Untersuchung vorbehalten.

Als Todesursache fand sich im vorliegenden Fall eine ausgedehnte Lobularpneumonie der rechten Lunge.

Discussion: Prof. *Krönlein* macht über die klinischen Erscheinungen der Patientin, von der das Präparat stammt, folgende Mittheilungen: Die 55jährige Patientin wurde zum ersten Male im Februar 1887 von Dyspnœ befallen. Sie kam aus demselben Grunde im Juli in die chirurgische Klinik, woselbst ein Erstickungsfall beobachtet wurde. Die Untersuchung des Herzens und der Lunge ergab ein negatives Resultat, hingegen litt Patientin an einer bedeutenden, besonders links stark entwickelten Struma. Auf diese wurde die Dyspnœ bezogen; obwohl die laryngoscopische Untersuchung kein positives Resultat, vor Allem keine Säbelscheidenformation der Trachea zu Tage förderte. Die hierauf vorgenommene Exstirpation der linksseitigen, zum Theil substernalen Struma schaffte deutliche Erleichterung; aber es war auffallend, dass dieselbe nicht sofort, sondern erst im Verlaufe der Heilung, die anstandslos erfolgte, eintrat. Während der Operation beobachtete man eine sehr starke Pulsation der retrosternalen Gegend unterhalb der Struma. Am Abend nach der Operation wurde, obwohl die Patientin nicht fieberte, eine Pulsfrequenz von 180 constatirt. Die Pulszahl sank nur ganz allmälig im Verlaufe der nächsten Tage. Bei der Entlassung aus dem Spital befand sich die Patientin wohl, aber in kurzer Zeit kehrte die Dyspnœ wieder zurück. Bis im Januar 1888 schleppte sich

---

[1]) Eingegangen den 22. Juni 1888. Red.

die Patientin noch zu Hause herum und suchte dann den Cantonsspital wieder auf. Sie bot jetzt die deutlichen Symptome hochgradigster Tracheostenose dar, so dass trotz der geringen Chancen am 23. Januar die Tracheotomie gemacht werden musste.

Die blosse Eröffnung der Trachea schaffte keine Erleichterung. Bei tiefer Einführung einer *König*'schen Canüle wurde weit unten in der Trachea ein Widerstand gefühlt, nach dessen Ueberwindung die Respiration sofort leichter wurde. Die genaue Untersuchung der Patientin nach Hebung der Erstickungsgefahr ergab nunmehr eine deutliche Pulsation im 2. rechten Intercostalraum neben dem Sternum, so dass ein Aneurysma oder, da im Uebrigen alle sonstigen Erscheinungen eines Aneurysmas fehlten, ein Tumor über der Aorta angenommen werden musste, welche zu einer Compression des untern Theils der Trachea geführt hatten.

Es war von vorneherein zu erwarten, dass die *König*'sche Canüle an der verengten Stelle Decubitus machen und dass das Leben nicht mehr lange zu erhalten sein würde. Am 26. Januar starb die Patientin unter den Erscheinungen einer rechtsseitigen Pneumonie. Hervorzuheben ist, dass bei der ersten Aufnahme der Patientin in die Klinik die Diagnose dieser ohnehin nicht häufigen Form von Aneurysma unmöglich war, dass ferner trotz des heftigen Hustens bei bestehender Perforation der Trachea niemals eine Blutung durch dieselbe erfolgte; endlich dass die Patientin trotz ihres Aneurysma aortæ eine Strumaexstirpation von bedeutender Ausdehnung so leicht ertrug.

II. Dr. *W. v. Muralt* spricht über **Spondylitis** und ihre Behandlung mit dem *Sayre*'schen Verbande. (Erscheint in extenso im „Correspondenzblatt".)

Discussion: Dr. *Lüning*. Nach den Erfahrungen aus dem orthopädischen Institut befinden wir uns im Grossen und Ganzen in einer erfreulichen Uebereinstimmung mit dem Vortragenden.

In Bezug auf die Technik des *Sayre*'schen Corsets weichen wir kaum von den vom Vortragenden angegebenen Grundsätzen ab, bestreben uns, leichte Verbände zu machen, verwenden als Unterlage Tricotschläuche und zur Polsterung prominenter Partien Filzplatten. Die Suspension pflegen wir stets nur schonend anzuwenden, wie jetzt allgemein angenommen.

Wo eine Suspension des Kopfes nothwendig scheint, und hierin möchten wir die Ansichten des Vortragenden lebhaft unterstützen, pflegen wir das Kopfstück des Corsets abnehmbar zu machen, damit die ruhige und bequeme Lagerung im Bett möglichst wenig beeinträchtigt werde. Allerdings lassen wir unter Umständen Extension im Bett extra anwenden.

Bei der Behandlung der fraglichen Krankheit pflegen wir die Behandlung nach den verschiedenen Stadien der Krankheit different zu gestalten.

Im floriden Stadium möchten wir doch, so sehr wir den *Sayre*'schen Verband schätzen, die horizontale Rückenlage, eventuell mit Extension im Bett, fast durchweg als die richtigste Therapie erklären, der allerdings hie und da die häuslichen Verhältnisse hindernd im Wege stehen. Hat die Schmerzhaftigkeit und Schwellung nachgelassen, so wird das Corset angelegt, natürlich das nicht abnehmbare.

Ist endlich jeder Verdacht auf entzündliche Erscheinungen ausgeschlossen, so dass man die Spondylitis als abgelaufen betrachten kann, so wird dem Patienten nicht sofort die volle Freiheit gewährt, sondern wir versuchen den Erfolg durch eine orthopädische Nachbehandlung zu fixiren und dadurch ein allzu starkes Zusammensinken, besonders ein Seitwärtssinken des Rumpfes zu verhindern. Besonders das letztere gelingt öfters recht gut. Für dieses Stadium, für welches der Vortragende das Filzcorset empfiehlt, wählen wir statt desselben das abnehmbare Gypscorset. Letzteres ist weit leichter und sicherer anzulegen und adaptirt sich genauer.

Der *Taylor*'sche Apparat, der in diesem Stadium ebenfalls hie und da indicirt sein mag, hat den Nachtheil, dass er für einzelne Fälle zu stark reclinirt, dass er einen kürzern Hebel repräsentirt, als das Gypscorset, das man ziemlich weit über das Kreuzbein

hinunterragen lassen kann. Die Seitenabweichung ist aber durch den *Taylor*'schen Apparat nicht so wirksam zu redressiren, wie durch ein Gypscorset.

Bei Cervicalspondylitis wählen wir stets zur Anbringung der Kopfstangen keinen Gypsverband, sondern nur einen Stahlschienenapparat.

Die Resultate dieser Behandlung sind öfters recht erfreuliche, besonders ist der erste Effect bei den in Behandlung getretenen Patienten meist ein recht guter.

Da unsere Erfahrungen nicht alt sind, so bin ich auch nicht im Falle, Ihnen Mittheilungen über die Endresultate zu machen.

Lüning dankt dem Vortragenden, dass er das für die Praxis so werthvolle Capitel einmal zur Sprache gebracht hat, denn obwohl jetzt über die Methode in der Litteratur Uebereinstimmung herrscht, kommt es u. A. immer noch vor, dass die Suspension übertrieben wird. Erst jüngst erfuhren wir von einem unserer Patienten, dass er mit ziemlich frischer Spondylitis von einem Arzte hoch suspendirt und in dieser Stellung noch geschaukelt wurde.

Prof. *Krönlein* macht darauf aufmerksam, dass zum Theil *Sayre* selbst zu der allzu starken Suspension Anlass gegeben habe. Man suspendirte früher öfters hoch, ja man chloroformirte noch in Suspension, ein gewiss riskantes Verfahren. Was die Apparate anbetrifft, so will Prof. *K.*, obwohl er sich nicht reactionär gegen das Gypscorset verhält, dieselben durchaus nicht verwerfen. Für Spondylitis der untern Brustwirbel lässt sich ein *Taylor*'scher Apparat sehr gut verwenden. Forcirte Streckung muss dabei vermieden werden. Auch die *Rauchfuss*'sche Schwebe möchte er nicht entbehren; so ist dieselbe jetzt bei einem Patienten des Cantonsspitals in Anwendung, bei dem schwerlich ein anderes Verfahren zweckentsprechend wäre. Gewiss ist auch hier ein strenges Individualisiren der Patienten und des Stadiums der Krankheit, wie Dr. *Lüning* dasselbe angegeben hat, am Platze und es muss davor gewarnt werden, jede Spondylitis ohne Weiteres einzugypsen.

Dr. *Nüscheler* constatirt den guten Erfolg der Rückenlage mit dem darauffolgenden Tragen eines *Taylor*'schen Apparates bei einem mit Professor *Krönlein* behandelten Kinde.

Dr. *W. v. Muralt* ist der Ansicht, dass die Beweglichkeit des Kopfstückes von *Mast* kein Vortheil sei, es biete sich eher Gelegenheit für die Eltern jugendlicher Patienten, das unliebsame Ding zu entfernen und so den Erfolg der Behandlung illusorisch zu machen. Eine weniger auffallende Modification der Kopfsuspensionsstange und Cravatte hat sich nicht bewährt. Er erklärt sich einverstanden damit, dass in der allerersten Zeit die Patienten liegen müssen. In Bezug auf die Apparate scheint ihm der Preis derselben ein Hinderniss zum Gebrauch für Spitalpatienten.

Dr. *W. Schulthess* erinnert daran, dass der erste angelegte Verband meistens die glänzendste Wirkung entfaltet, während folgende Verbände den Patienten nicht in dieser Weise befriedigen, eine Erscheinung, welche wohl einfach dadurch zu erklären ist, dass die Einleitung der rationellen Behandlung gegen die gewöhnlich vorher vorhandene Vernachlässigung des Kranken günstig absticht. Die relativ günstige Wirkung, welche der *Sayre*'sche Verband nach *Nebel* dadurch haben soll, dass er besonders zu ergiebiger Respiration in den obern Lungenpartien veranlasst, schätzt Dr. *Sch.* nicht sehr hoch, um so weniger, als die allseitige Atrophie der Thoraxmusculatur, die unter jedem *Sayre*'schen Verbande Platz greift, gewiss nicht zu kräftiger Respiration führt. Die in einzelnen Fällen günstige Wirkung *Taylor*'scher Apparate ist er geneigt, hauptsächlich der Unterstützung der Baucheingeweide, somit des Zwerchfells durch die Schürze zuzuschreiben. Letzteres Moment scheint ihm deshalb wichtig zu sein, weil die sehr starke Spannung der untern Partien des Abdomens, welche auch bei Patienten, die den *Sayre*'schen Verband tragen, öfters zu constatiren ist, darauf hinweist, dass der kranke Thorax sich stark vermittelst des Zwerchfells durch das Abdomen tragen lässt.

Das Präsidium theilt mit, dass Herr Dr. *Honegger* sich zur Aufnahme in die Gesellschaft angemeldet hat.

Herr Dr. *Welti*, Assistent am pathologisch-anatomischen Institut, wird in die Gesellschaft aufgenommen.

Dem Comité, das sich mit der Frage der städtischen Milchversorgung zu befassen hat, wird ein Credit von 100 Fr. ertheilt.

Referate und Kritiken.

Untersuchungen über Pilzinvasion des Labyrinths im Gefolge von Masern.

Von *S. Moos* in Heidelberg.

(Mit 11 Abbildungen und einer Farbentafel.) Zeitschrift für Ohrenheilkunde XVIII, 97.

Untersuchungen über Pilzinvasion des Labyrinths im Gefolge von einfacher Diphtherie.

Von *S. Moos*. Mit 12 Abbildungen. Zeitschrift f. Ohrenheilkunde XVII, pag. 1.

Die pathologisch-anatomischen Arbeiten des gelehrten Heidelberger Professors geniessen bei den Fachgenossen schon lange eines wohlverdienten Rufes als solide Bausteine der grösstentheils noch zu schaffenden exacten Pathologie des Ohres, namentlich des Labyrinthes. Da nun die genannten Untersuchungen ein Gebiet von allgemein medicinischem Interesse beschlagen, so dürfte ein kurzes Referat auch dem Nichtspecialisten willkommen sein, um so mehr, als sich daraus einige allgemeine Gesichtspunkte ableiten lassen.

Dass der Scharlach, namentlich die als Panotitis auftretende Form, eine für das Gehörorgan höchst gefährliche Krankheit sei und den Taubstummenanstalten immer noch die grösste Procentzahl zuführe, ist bekannt; dagegen sind zum Glück die Fälle selten, wo es bei Masern zu Pilzinvasion des Labyrinthes und vollkommener Taubheit kommt.[1]) Die Statistik der erworbenen Taubstummheit ergibt für Morbillen eine geringe Procentziffer und darunter sind ohne Zweifel Fälle, die man als vernachlässigte Otorrhöen und nicht als (primäre) Labyrinthmycosen aufzufassen hat.

Die von *Moos* untersuchten Felsenbeine stammen von einem dreijährigen Knaben, der in der zweiten Woche von Morbillen an catarrhalischer Pneumonie verstorben war. Ausserdem hat *Moos* in seiner ausgedehnten Praxis nur 2 Fälle von Masern mit bleibender, totaler Taubheit und Entengang consultativ beobachtet, die nicht zur Section kamen, aber offenbar auf Pilzinvasion der Labyrinthe beruhten.

Moos ist der erste, der die Anwesenheit von Coccen im Labyrinth nachgewiesen und die daraus hervorgehenden Veränderungen genauer beschrieben, sowie durch zahlreiche schöne Abbildungen illustrirt hat. Es besteht darnach kein Zweifel, dass die Coccen wirklich die Ursache der im Labyrinthe gefundenen Veränderungen sind, Veränderungen, welche mit vollkommenem Ausschluss von eitriger Entzündung zum grössten Theil der Necrobiose, theilweise auch der Neubildung angehören und allmälig zur Verödung der Labyrinthräume, ja selbst zur Ausfüllung derselben mit Knochenmasse führen.

Ich muss mich an dieser Stelle auf ein kurzes Résumé beschränken und in der Hauptsache auf die Originalarbeiten verweisen, welche das Thema sowohl nach der bacteriologischen und klinischen als nach der pathologisch-anatomischen Seite in ausführlicher und interessanter Weise beleuchten.

Die bei Masern und Diphtherie gefundenen Veränderungen zeigten eine sehr grosse Uebereinstimmung mit dem einzigen Unterschiede, dass in dem Masernfalle nur Necrobiose, keine Neubildung nachzuweisen und die Thrombose der Blutgefässe eine ausgedehntere, über das ganze Felsenbein verbreitete war, während sie in den Diphtheriefällen vorzugsweise in den Periostgefässen zur Beobachtung kam.

In der Thrombose der Labyrinthgefässe — des Knochens sowohl als der häutigen Theile — erblickt *Moos* den Hauptfactor der necrobiotischen Veränderungen; sie geht hervor aus einer fast allgemeinen globären Stase, deren Ursache hinwieder in einer mycotischen Verfettung des Gefässendothels liegt. Der

[1]) Dass auch bei den schweren Scharlachotitiden die Pilzinvasion des Labyrinthes eine Hauptrolle spiele, ist gegenwärtig kaum zweifelhaft, wenn auch noch nicht direct nachgewiesen.

Nachweis der letzteren ist *Moos* an einer Reihe von Blutgefässen aus verschiedenen Regionen des Felsenbeins gelungen. Durch Abstossung oder Zerfall des Endothels entstehen rauhe Stellen, die aus bekannter Ursache zu Blutgerinnung und Thrombose führen und diese hinwieder zu Necrose der verschiedenen Gewebe, wie: Defecten in den knöchernen Wandungen des Labyrinthes, necrotischem Zerfall einzelner Nervenbündel sowie der Binnenmuskeln, Necrose in den Wandungen der Gefässe und daherige Haemorrhagien in's Labyrinth. Die letzteren, welche *Moos* an verschiedenen Präparaten constatirte, erklären uns die Fälle von plötzlicher Vernichtung des Gehörs bei Rachendiphtherie sowohl als bei anderen infectiösen Krankheiten.

Aber auch durch directe mycotische Reizung des die Labyrinthhöhle auskleidenden Periostes und Hineinwuchern desselben in die Knochenwand können Defecte entstehen; überhaupt wird man neben dem mehr in die Augen springenden Einfluss der Thrombose auch der directen Einwirkung der Microorganismen auf die verschiedenen Gewebe des Labyrinthes ihr Recht einräumen müssen.

Ein weiterer durch die Pilzinvasion bedingter Vorgang ist die Gerinnung der Endo- und Perilymphe, welche nach *Moos* in ihren Anfängen als ein rein mechanischer Vorgang aufzufassen ist. Unter dem Einfluss der eingedrungenen Coccen gerinnt nämlich ein Theil der klaren mucinhaltigen Lymphe und schliesst die in ihr suspendirten Lymphzellen ein; indem so Schichte auf Schichte sich häuft, wird allmälig der ganze Raum ausgefüllt. Die eingeschlossenen Zellen aber gehen theils zu Grunde, theils machen sie eine progressive Entwicklung in Bindegewebe oder selbst in Knochengewebe durch. Im einen wie im andern Falle verödet das Labyrinth mehr oder weniger vollständig.

Recapituliren wir noch einmal, so haben wir als Folgen des Eindringens der Coccen in's Labyrinth: Gefässthrombose (durch mycotische Endothelverfettung) und als Folge necrotische Vorgänge in den verschiedenen Geweben, Blutungen; Gerinnung der Endo- und Perilymphe mit nachfolgender Metamorphose der eingeschlossenen Lymphzellen, ausserdem noch direct necrotisirende Einwirkung der Coccen auf die verschiedenen Gewebszellen. Ausschluss von jeder eitrigen Entzündung.

Was den bacteriologischen Theil betrifft, so darf es uns nicht Wunder nehmen, wenn die Frage nach der Natur des Microorganismus noch keine endgültige Erledigung gefunden hat.

Der Pilz ist ein Coccus und zwar, wenn man auf das Vorkommen in Kettenform Gewicht legt, ein Streptococcus. Morphologisch liessen sich der bei Masern und bei Diphtherie im Labyrinth gefundene Coccus nicht von einander unterscheiden, und ob der oben angedeutete, wie mir scheint, nicht sehr wesentliche Unterschied in der pathogenen Wirkung genügenden Grund für eine Differenzirung beider Pilze abgibt, muss dahin gestellt bleiben.

Dass der in dem Morbillen-Falle angetroffene Coccus der specifische Masernpilz sei, hält *Moos* für sehr fraglich; er ist eher geneigt, seine Genese in der Weise zu definiren, wie man gegenwärtig den bei Diphtherie vorkommenden Streptococcus auffasst, nicht als den specifischen Diphtherie-Pilz, sondern als einen in seinen Folgen allerdings sehr fatalen, aber nur accidentellen Begleiter der Diphtherie, welchem durch den diphtheritischen Gewebszerfall auf den Schleimhäuten die Möglichkeit der Ansiedlung und des Eindringens in die Blut- und Lymphbahn erst geschaffen wird. Da nun bei Masern ein Gewebszerfall auf der Nasen-Rachenschleimhaut nur ausnahmsweise vorkommt, bei Scharlach dagegen sehr häufig, so liesse sich dadurch nach *Moos* die Seltenheit der Labyrinthinfection bei Masern ungezwungen erklären. Dem könnte man aber die Seltenheit der Labyrinthinvasion bei Mumps entgegenhalten, die auch *Moos* durch Einwanderung des specifischen Mumps-Pilzes, nicht eines blos accidentellen Pilzes, entstehen lässt.

Am leichtesten und constantesten gelang der Nachweis der Coccen in den Markräumen des Felsenbeins, wo der Pilz auch intracellular in den Markzellen gefunden wurde, — das Knochenmark gilt ja nach der Leber und Milz als die dritte Prädilectionsstelle für pathogene Microorganismen, — im endo- und perilymphatischen Raume dagegen gelang die Auffindung nicht an allen Präparaten.

Was nun die klinische Seite anlangt, so zeigte das Krankheitsbild in allen Fällen von Pilzinvasion des Labyrinthes bei Masern wie bei Diphtherie — und man darf

hinzufügen auch bei Scharlachdiphtherie — die grösste Uebereinstimmung, eine Uebereinstimmung, welche in ihren Grundzügen auch für die Betheiligung des Labyrinthes bei anderen Infections-Krankheiten gilt und auch dem Nichtspecialisten die Diagnose leicht möglich macht, nämlich: Eine rasch, oft in wenigen Stunden (Haemorrhagia labyrinth.) oder doch in wenigen Tagen eintretende complete Taubheit in Verbindung mit subjectiven Geräuschen der verschiedensten Art, Schwindel und dem charakteristischen, taumelnden Gang (Entengang), der gleich nach dem Verlassen des Bettes sich zeigt, gewöhnlich längere Zeit anhält, und in der Degeneration der halbzirkelförmigen Canäle, resp. deren Ampullen seine Erklärung findet.

Die Prognose ist begreiflich eine trübe; am meisten ist noch von einer frühzeitigen Behandlung mit Pilocarpin zu hoffen (subcutan oder wo dies nicht angeht per os); *Moos* spritzt je nach dem Alter des Kindes täglich 5—8 Tropfen einer 2°/₀-Lösung ein, beim Erwachsenen 1—2 Centigrammes.

Den Practiker dürften auch die Bemerkungen über das Fieber interessiren, die *Moos* durch 4 Fiebercurven illustrirt. Während bei der Otitis media acuta purulenta simplex das Fieber einen ganz regelmässigen Typus mit vormittäglichen Remissionen zeigt und in der Regel am 9. oder 10. Tag zu Ende geht, vorausgesetzt, dass keine Complicationen eintreten, so dauert hingegen das Fieber bei der Otitis diphther. länger, fast dreimal so lang und zeigt eine ganz unregelmässige Curve. Die Dauer ist wahrscheinlich von der Stärke der Pilzinvasion abhängig, deren fiebererregende Thätigkeit sich nicht vor dem Ende der zweiten Woche erschöpft.

Zum Schlusse möchte ich noch ein paar Worte über die im Gefolge von Mumps auftretende Taubheit anschliessen, die zum Glück selten und meistens nur einseitig, dafür aber stets vollständig und bis zur Stunde unheilbar ist. Auch sie zeigt das eben gezeichnete Krankheitsbild: Rasch eintretende complete — zum Glück meist einseitige — Taubheit mit subjectiven Geräuschen und heftigem Schwindel, der nach kürzerer oder längerer Zeit sich wieder verliert, ohne erhebliche Störung des Allgemeinbefindens, ohne Schmerzen im Ohr und meist auch ohne Fieber. Eine (eitrige) Entzündung ist nach dem klinischen Bilde und nach der Inspection des Trommelfells auszuschliessen und es besteht wohl kein Zweifel, dass es sich auch hier um eine Einwanderung von Pilzen in's Labyrinth handelt. Damit lässt sich denn auch das Fehlen von Entzündung und das rapide Auftreten der Taubheit sehr gut erklären. Vielleicht handelt es sich hauptsächlich um Gerinnung der Endo- und Perilymphe? Bekanntlich hat *Ollivier* bei Mumps im Speichel, Blut und Harn Coccen und Bacterien gefunden, die nach der Reconvalescenz wieder verschwanden, und man weiss, dass auch die Complicationen in der Mamma und im Hoden niemals den Charakter der eitrigen Entzündung, sondern mehr den der Atrophie tragen.

Auch bei den Ertaubungen in Folge von Meningitis cerebrospinalis fand man im Labyrinth necrotische, den oben geschilderten analoge Vorgänge mit Gefässthrombosen etc., die ohne Zweifel auf die necrotisirende Wirkung eingewanderter Microorganismen zu beziehen sind; daneben kommt allerdings auch ein Fortkriechen der eitrigen Hirnhautentzündung in's Labyrinth (namentlich durch den aquæductus cochleæ) vor.

Ueber die Erkrankung des Labyrinthes bei Syphilis besitzen wir ebenfalls Untersuchungen von *Moos* und *Steinbrügge*. Darnach handelte es sich in dem betreffenden Falle um eine von der Adventitia der Periostgefässe des Labyrinthes ausgegangene ringförmige, schichtweise Neubildung (gumma), welche sich in die Haversischen Canäle hinein erstreckte und durch fortwährendes Wachsthum zu Defecten im Knochen führte (caries syphilitica).

Man sieht, dass die schönen Untersuchungen von *Moos* in die bisanhin dunkle Pathologie des Ohrlabyrinthes viel Licht bringen und uns neue Gesichtspunkte eröffnen.

G. Brunner, Zürich.

Ueber die Localisation der Gehirnkrankheiten.

Von Prof. *H. Nothnagel* in Wien und Prof. *B. Naunyn* in Königsberg.
Wiesbaden, Bergmann. 1887. 56 S.

Es ist dies ein Separatabdruck aus den Verhandlungen des sechsten Congresses für innere Medicin zu Wiesbaden. Die beiden Verfasser hatten die Aufgabe übernommen,



über das obige Thema der Versammlung den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse auf Grund klinischer Erfahrungen mitzutheilen. *Nothnagel* beantwortete die Frage nach der Localisation der Functionen der Hirnrinde entschieden bejahend und theilte dann seine Erfahrungen über die Localisation des Gesichtssinns, der motorischen Rindenstörungen und der corticalen Sensibilitätslähmungen mit. *Naunyn* behandelte die aphatischen Störungen der Grosshirnrinde. Während Ersterer mehr allgemein referirend sich verhielt, unterstützte Letzterer sein Referat mit einer 80 Fälle umfassenden Casuistik und 2 Tafeln zur Veranschaulichung seiner Ergebnisse. Beide Verfasser beschränken sich auf das Thatsächliche, was besonders bei *Nothnagel* zum Ausdruck kommt, und weisen darauf hin, dass, wie Anerkennenswerthes auch in diesem Gebiete geleistet wurde, wir eben doch erst im Beginne der Begründung der Lehre von den Localisationen der corticalen Störungen sind. Auf das Einzelne der höchst interessanten Abhandlung einzugehen, und sei es auch nur referirend, erlaubt die Behandlung des Gegenstandes nicht wohl, da man ja sonst den grössten Theil des Inhalts des Schriftchens mittheilen müsste — so wichtig und sachlich ist das Ganze. Den Verfassern gegenüber in einzelnen Punkten kritisch zu verfahren, so z. B. der Angabe *Nothnagel*'s, dass „in den Parietalwindungen das Rindenfeld der motorischen Erinnerungsbilder gelegen sei", oder *Naunyn*'s „akustischer Aphasie", würde sich nicht als practisch herausstellen, da eben diese wie manche andere von den Verfassern behandelten Verhältnisse noch nicht spruchreif sind, sondern noch weiterer Untersuchungen nach allen Richtungen bedürfen. Vor allem aber muss man solche Mittheilungen wie die vorliegenden selbst lesen; es ist dies für Jeden ebenso genussreich wie gewinnvoll. Geradezu darf man sagen, dass derjenige, der auf den Namen eines wissenschaftlichen Arztes Anspruch macht, die Kenntniss der mitgetheilten Thatsachen besitzen muss. *L. W.*

Ignaz Philipp Semmelweis.

Eine geschichtlich-medicinische Studie von *Bruck*. — Wien, Prochaska. 1887.

Ausser der Biographie *Semmelweis*' von Hegar ist in deutscher Sprache kein Werk über Leben und Wirken dieses Mannes erschienen, der eigentlich der erste war, der nicht nur das Puerperalfieber, sondern auch die Pyämie der Chirurgen als auf einer Infection von aussen beruhend ansah, und der mit einem Eifer seine Theorie des Wochenbettfiebers gegenüber den „Epidemikern und Miasmatikern" vertheidigte, welcher nur einer innigen Ueberzeugung von der Richtigkeit der Sache entsprossen sein konnte. Die auch in neuesten Werken über Geburtshülfe und Geschichte der Medicin noch zu findende Behauptung, dass *Semmelweis* das Leichengift als einzige Infectionsquelle angesehen habe, wird von *B.* sehr ausführlich widerlegt und es wird gezeigt, dass schon in den ersten Veröffentlichungen über den Gegenstand aus dem Jahre 1847 auch der „Uebertragung jauchiger Exsudate aus lebenden Organismen" gedacht wird. Ebenso widerlegt er die Ansicht, dass *S.* nur eine Reinigung der Hände als Schutzmittel gegen die Infection verlangt habe. Die Lebensgeschichte *S.* ist eine sehr tragische. Aus reinem Mitleid für das gebärende Geschlecht, das durch eine Mortalität bis zu 31 % (in der I. Wiener Geburtsklinik) decimirt wurde, suchte er die Ursache dieser schrecklichen Krankheit und fand sie in etwas anderm, als dem allgemein angenommenen epidemischen Einfluss; er verkündete dies voller Freude und traf überall nur Gegner, darunter Männer wie *Scanzoni*, *Seyfert*, *Siebold*, *Kiwisch*, *Simpson*, *Späth*, *Carl Braun*, *Breisky* u. A. Die Widersprüche reizen ihn zu Entgegnungen, die die Aufregung, in der er sich befindet, verrathen; ja, sie treiben ihn in die Nacht des Wahnsinns. Er stirbt in der Irrenanstalt in Wien in Folge einer am Finger erhaltenen inficirten Verletzung im Alter von 47 Jahren anno 1865, und erst nach seinem Tode fangen seine Ansichten an durchzudringen, besonders als sie durch *Lister*'s Erfolge eine glänzende Bestätigung gefunden hatten. — Das Buch sei allen, die sich für Geschichte der Medicin, und denen, die sich an Biographien edler Menschenfreunde erlaben können, bestens empfohlen. *Roth* (Winterthur).

Ueber die Geschwülste der Kiemenspalten.

Von Dr. *H. Richard*. (Separatabdruck aus *Bruns*' „Beiträge zur klinischen Chirurgie".) Laupp'sche Buchhandlung, Tübingen. Octav. 41 Seiten.

Auf der *Bruns*'schen Klinik wurden innerhalb der $3^1/_2$ letzten Jahre nicht weniger

als 9 Fälle der sonst als selten geltenden Kiemenspalten-Geschwülste beobachtet. Dieses Material, das noch durch einen Fall aus der *Socin*'schen Privatklinik vermehrt wurde, benützte Verfasser, um die in Rede stehenden Geschwülste nach Vorkommen, Symptomen und Behandlung eingehend zu schildern. — Die auf erwähnter Klinik gemachten Beobachtungen lehren nun zunächst, dass die Entwicklung von Geschwülsten, welche ihren Ursprung von den bei der Rückbildung der Kiemengänge zurückgebliebenen Keimanlagen nehmen, keineswegs sehr selten ist. — Diese Keimanlagen, welche bald der Schleimhaut, bald der äussern Haut oder beiden zusammen angehören, entwickeln sich nach dem Typus dieser beiden in mehr oder weniger ausgesprochener Weise und liefern dieselben Producte, wie die normale Haut und Schleimhaut. Durch ihre Secretion, resp. Epithelabstossung kommt die Ansammlung des flüssigen oder breiigen Inhaltes und hiedurch die allmälige Vergrösserung der Cysten zu Stande. Dass das letztere erfahrungsgemäss an die Pubertätsentwicklung geknüpft ist, erklärt sich leicht aus der gesteigerten Hautthätigkeit während dieser Periode. — Ausserdem kommt es hie und da aus bisher nicht bekannten Ursachen zu einer Vereiterung solcher Cysten und endlich können dieselben der Ausgangspunkt für die Entwicklung eines Carcinoms werden, welches den Charakter des Deckepithelialcarcinoms trägt. Diese galten bisher als grosse Raritäten. Allein die Thatsache, dass in der Tübinger Klinik allein innerhalb 3 Jahren drei Fälle zur Beobachtung gekommen sind, beweist, dass ihr Vorkommen nicht einmal sehr selten ist und widerlegt zugleich die Ansicht, dass die aus der abnormen Einschliessung embryonaler Keime sich entwickelnden Geschwülste stets einen gutartigen Charakter haben.

Den Schluss der sehr interessanten Abhandlung bilden die detaillirten Krankengeschichten von fünf branchiogenen Cysten, zwei branchiogenen Abscessen und drei branchiogenen Carcinomen. *Dumont.*

Der Bau des Menschen als Zeugniss für seine Vergangenheit.

Von Dr. *R. Wiedersheim*, Prof. an der Universität Freiburg. Freiburg i./Br. 1887. Paul Siebeck, Firma J. C. B. Mohr. VIII. 114. Ladenpreis 2 M. 40 Pf.

Dieses kleine Werkchen enthält eine Fülle von Thatsachen, welche sich auf die grosse Frage von der Abstammung des Menschen beziehen. Es ist nicht blos für Fachleute geschrieben, sondern für die weiten Kreise naturwissenschaftlich Gebildeter, obwohl es vorzugsweise die von der morphologischen Forschung seit den letzten 30 Jahren neu aufgedeckten oder befestigten Zeugnisse von dem Zusammenhang des Menschen mit den übrigen Lebewesen berücksichtigt. Die Umwandlungen, welche der Organismus des Menschen im Laufe seiner stammesgeschichtlichen Entwicklung erfahren hat, kommen noch heute in seiner individuellen Entwicklung zum Vorschein theils als „rudimentäre“ Organe, theils als sog. „Theromorphien“. Mit dem Auffinden derselben ist freilich noch nichts erreicht, das letzte befriedigende Ziel der Forschung liegt in dem Nachweis des genealogischen Zusammenhanges, d. h. des Weges, den die Vererbung genommen hat. Ein Beispiel aus vielen: In dem Hand- und Fusswurzelskelett spielt jetzt das Os centrale eine wichtige Rolle. Es ist als ein typischer Bestandtheil des Carpus erkannt, ebenso wie das Naviculare, Triquetrum u. dgl. Bei dem Menschen fehlt es für gewöhnlich, aber bisweilen kommt es auch bei ihm vor. Es ist nachgewiesen, dass auch der Mensch diesen Carpalknochen regelmässig in dem frühesten Embryoleben (bis zur Mitte des 3. Monats) besitzt, wie viele Säugethiere denselben zeitlebens aufweisen. Nunmehr ist die Deutung des Centrale eine andere geworden als früher, wo es als „hors du rang“ bezeichnet und dann nicht weiter berücksichtigt wurde. Die Anatomie betrachtet es als kein zufälliges Gebilde mehr, sondern als ein uraltes Erbstück aus der Reihe der Säugethiere. Ja Manche gehen noch weiter. Nachdem das Centrale auch bei Reptilien und weiter zurück bei Amphibien vorkommt, so wird sein Auftreten bei dem Menschen geradezu als ein Zeichen des einstigen Zusammenhanges selbst mit jenen auf der Entwicklungsstufe weit zurückliegenden Formen angesehen!

Wiedersheim behandelt, wie schon erwähnt, auch die rudimentären Organe. Er stellt sich, was ihre Erklärung betrifft, auf die Seite *Weismann*'s, für den der letzte Grund in der Panmixie, d. h. in der Allgemein-Kreuzung liegt. Damit streift der Verfasser das grosse Gebiet der Vererbungsfrage, so dass der Leser auch nach dieser Seite hin, freilich lediglich in *Weismann*'schem Sinne, angeregt wird. Schon aus dieser Bemerkung geht

hervor, dass an diesem Punkt der Gegensatz zwischen den Anschauungen des Verfassers und denen des Referenten beginnt. Der Kampf gegen die Annahme einer Vererbung erworbener Eigenschaften schwankt noch hin und her, für uns ist der Ausgang nicht zweifelhaft. Die alte Lehre wird siegen. *Kollmann.*

Cantonale Correspondenzen.

Basel. Curs für Sanitätsstabsofficiere in Basel vom 11.—24. Juni 1888. Der diesjährige Curs für Sanitätsstabsofficiere war nur von 4 solchen besucht; dazu kamen 10 zur Beförderung in Aussicht genommene Hauptleute. Zweck des Curses war, die Theilnehmer mit den Obliegenheiten der Brigadeärzte und Feldlazarethchefs vertraut zu machen, und die neue Organisation des Sanitätsdienstes bei unserer Armee zu besprechen; als willkommene Zugaben kamen dann ein Vortrag des Herrn Oberfeldarztes über Rekrutirung und Ausmusterung und drei Vorträge von Herrn Professor *Socin* über Antisepsik im Kriege.

Das Commando des Curses führte Herr Oberst *Göldlin*, dem als Lehrer zur Seite standen Herr Generalstabsmajor *Brüderlin* und Herr Major *Frölich*.

Die Verwendung der Truppensanität im Gefecht, die Aufgabe der Ambulance als Hauptverbandplatz, als Krankendépôt, Sammelstelle und Abschubstation wurden durchgenommen, die Pflichten der dirigirenden Aerzte besprochen und an practischen Beispielen aus der Kriegsgeschichte erläutert (Herr Oberst *Göldlin*).

Herr Generalstabsmajor *Brüderlin* führte uns in die Gefechtslehre ein und gab uns alsdann eine Anzahl practischer Beispiele, welche erst auf der Karte durchgenommen, dann bei unsern Ausritten im Terrain recognoscirt und besprochen wurden.

Soldaten- und Compagnieschule, sowie die Inspection und das Defiliren des Feldlazarethes leitete Herr Major *Frölich*, der uns auch über Transportmittel im Gebirge, sowie über Improvisation von Verbandmitteln interessante Vorträge hielt; nebenbei wurden die grosse Ambulancefahne und das Krankenzelt aufgeschlagen und gezeigt. Mit grosser Mühe hatte Herr Major *Frölich* uns Schemata für das Rapportwesen der dirigirenden Aerzte angefertigt, welche als werthvolle Hilfsmittel mit nach Hause genommen wurden.

Unsere Excursionen zu Pferde gestalteten sich unter der gewandten und wegekundigen Führung unseres Rittmeisters, Herrn Hauptmann *Hoffmann*, zu ebenso angenehmen als nützlichen Uebungen.

Ganz besonders möchte ich noch der Vorträge des Herrn Oberfeldarztes und des Herrn Prof. *Socin* erwähnen. Es war im höchsten Grade wünschenswerth, dass eine so grosse Anzahl zukünftiger Vorsitzender von Aushebungscommissionen einen Commentar zum Reglement über Rekrutirung und Ausmusterung erhielten, wie ihn uns der Herr Oberfeldarzt in leider zu kurz bemessenen Stunden gab. Die Vorträge über Antiseptik im Kriege sodann werden gewiss allen Hörern in nützlichster Erinnerung bleiben, namentlich werden hoffentlich die werthvollen und durchaus practischen Anregungen zur Behandlung der Wunden, mit welchen Herr Prof. *Socin* seine Vorträge schloss, in unserer Armee bald vollständige Berücksichtigung finden.

Es versteht sich von selbst, dass neben diesem reichhaltigen Arbeitsprogramm auch die Geselligkeit nicht vernachlässigt wurde; Lehrer und Schüler fanden sich beinahe Abend für Abend in cameradschaftlicher Weise vereinigt, und namentlich der Abschiedscommers, den auch Herr Prof. *Socin* mit seiner Gegenwart beehrte, zeigte, wie sehr sich die Curstheilnehmer auch als Freunde zusammengefunden hatten; dass den verehrten Instructoren und Lehrern auch in allerlei Reden auf's herzlichste gedankt wurde, ist selbstverständlich.

Die Caserne haben wohl alle Theilnehmer des Curses mit der Ueberzeugung verlassen, dass sie in ihrer militärärztlichen Ausbildung einen guten Schritt vorwärts gethan und zugleich eine Reihe von Tagen voll fröhlichen cameradschaftlichen Beisammenseins verlebt haben. *Bohny.*

Waadt. La question de **l'Université à Lausanne** sera prochainement résolue. Une convention provisoire, qui prévoit la transformation de notre Académie, a été signée entre l'Etat et la ville. Elle va être soumise à la ratification du conseil communal [1]), qui l'acceptera très-probablement. Reste à savoir si le Grand Conseil voudra faire supporter à

[1]) Wir hoffen in nächster Nummer die gefassten Beschlüsse mittheilen zu können.

l'Etat les lourdes charges qu'entraînerait nécessairement la création d'une cinquième université. L'opinion favorable à la transformation a seule été représentée dans la presse locale et la discussion paraît devoir porter surtout sur l'emplacement! . . . . tout comme pour le tribunal fédéral.

Lausanne, 11 Juillet 1888.

Zürich. † Dr. med. Justo Fontana. Bereits haben in- und ausländische Zeitungen in theilweise langen Spalten die wärmsten Nachrufe dem der Welt so frühzeitig und plötzlich entrissenen Freunde gewidmet, und so dürfte es wohl am Platze sein, auch in unserm einheimischen Fachblatte des lieben Verstorbenen zu gedenken, wenn er auch seine Thätigkeit als practischer Arzt im fernen Auslande entfaltet hatte. Geboren in Buenos-Ayres am 30. December 1857 sah *Fontana* die Schweiz — sein Vaterland — zum ersten Male im Beginne des Jahres 1870. Seine Eltern waren schon frühzeitig als arme Leute von Castello San Pietro bei Mendrisio nach Südamerika ausgewandert und hatten durch rastlose und angestrengteste Arbeit in der argentinischen Republik sich so emporgeschwungen, dass sie die Gründung einer Fabrik an Hand nehmen konnten, die rasch zu grosser Blüthe kam. In Gemeinschaft mit seinem Bruder Arnold kam unser Freund bei Herrn Lehrer Hauser in Winterthur in Pension; sie beide sollten dort eine gründliche Schulbildung geniessen; *Justo* besuchte das Gymnasium und absolvirte dasselbe 1876 mit vorzüglichem Erfolge; zum Studium bestimmt entschloss er sich für die Medicin und bezog die Universität Zürich. 1878 machte er das Propädeuticum, sodann war er Assistent bei Prof. *H. Frey* (Histologie); im Sommersemester 1879 bekleidete er eine der Unterassistentenstellen bei Prof. *Huguenin*, im Winter 1879 wurde er auf Empfehlung *Huguenin*'s als alleiniger Arzt im improvisirten Pockenspital Rathausen (Luzern) von der Regierung Luzerns angestellt. Nach Verlauf des achten Semesters hatte er schon sein Arzt-Diplom; im Herbst 1880 wurde er Assistenzarzt im Cantonsspital Münsterlingen; im Frühling 1881 begab er sich nach Wien, um Ende April 1881 die frei gewordene Stelle des II. Assistenzarztes der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik Zürich unter Prof. *Frankenhäuser* anzutreten; hier blieb er ein Jahr; es wurden nun noch im I. Halbjahr 1882 Paris und Berlin besucht.

Unter Prof. *Frankenhäuser* schrieb *Fontana* seine Doctordissertation: „Beiträge zur Lehre der Oophoritis chronica"; dieselbe ist in Specialfachkreisen sehr gut aufgenommen worden als eine Arbeit, die manches Neue in dieser wichtigen Frage lieferte.

Mit einander von Berlin nach Zürich zurückgekehrt, auf welcher Reise wir den Universitäten Leipzig, Halle, Jena, Strassburg und Freiburg längere und kürzere Besuche abstatteten, sollten wir für immer von einander Abschied nehmen! Am 12. October 1882 schiffte sich *Fontana* in Hâvre nach Buenos-Ayres ein in Gesellschaft eines dortigen Universitätsprofessors. — Nach glücklich erfolgter Ankunft ging nun wieder von Neuem die rein theoretische Arbeit an, denn er musste in Buenos-Ayres in sämmtlichen Fächern der Medicin Prüfung ablegen und bestand sie schon im Frühling 1883.

In Buenos-Ayres geboren, dort mit seinen Eltern lebend, der höchsten Protection sich erfreuend, mit erstaunlich vielen Sprachkenntnissen begabt (ausser der Kenntniss der classischen Sprachen sprach *Fontana* geläufig italienisch, französisch, englisch, spanisch und deutsch), dabei ein äusserst talentvoller tüchtiger Arzt mit liebenswürdigen Umgangsformen waren ihm von vorneherein die Verhältnisse günstig; es konnte nicht anders kommen, als dass er einer glänzenden Zukunft entgegen ging; bald war sein Ruf in Buenos-Ayres gegründet; Leute aus den höchsten Gesellschafts- und politischen Kreisen suchten bei ihm Hülfe; in den schwierigsten Fällen wurde er zur Consultation berufen; die Ovariotomien führte er dort ein und begründete damit einen nicht geringen Theil seines Rufes. So wurde er denn auch, obgleich er Schweizer war, zum Chef der chirurgischen Abtheilung des italienischen Spitals gewählt; in processionsähnlichen Schaaren strömten die Hülfe suchenden Leute zum Hause des besten, berühmtesten Arztes und so und so viele mussten, ohne vorgelassen zu werden, unverrichteter Dinge wieder heimkehren; eine Dame aus Buenos-Ayres, die in meine Behandlung trat, und welche ich fragte, warum sie sich denn nicht habe von Dr. *Fontana* behandeln lassen, hat mir erklärt, es wäre unmöglich, dort vorzukommen, man müsste sich wenigstens 14 Tage vorher anmelden.

So wurde *Fontana* das Glück, der Stolz seiner Eltern, die er in zärtlicher Liebe

verehrte! und wie manche Thränen mögen wohl geflossen sein auch drüben in Buenos-Ayres, als sich seine Todesnachricht verbreitete! —

Als *Fontana* noch das Gymnasium besuchte, wurde seine Familie von schweren finanziellen Schicksalsschlägen betroffen; aber der Sohn ertrug das Missgeschick mit seltenem Gleichmuth, er sah mit grossem Selbstvertrauen in die Zukunft und er täuschte sich nicht. Vermittelst wohlthätiger Privatleute und einem Stipendium von der Stadt Winterthur, deren Bürger er geworden, studirte er fleissig weiter. —

Seine Treue und Charakterfestigkeit steht unerreicht da. Seine südländische Natur führte ihn bisweilen zu einer raschen That, die aber nur Zeugniss für seine Geradheit ablegte. Gewiss, viele Commilitonen der damaligen Studienzeit werden mir das bestätigen. — Sonst war *Fontana* ein klarer Denker mit leichter Auffassungsgabe; er mag wohl mit Recht als einer der talentvollsten besten Studirenden gegolten haben.

In Folge der aufreibendsten Thätigkeit während der 5jährigen Praxis in Buenos-Ayres war es nicht anders möglich, als dass unser Freund, der von einigen in der Jugend durchgemachten Gelenkrheumatismen her wohl ein vitium cordis hatte, daran denken musste, sich eine ordentliche Erholung zu gönnen. So entschloss er sich denn theils deshalb, theils um die englischen und nordamerikanischen Spitäler zu besuchen, zu einer grossen Erholungsreise, die er etwa auf $1^1/_2$—2 Jahre auszudehnen gedachte. Am 24. Februar 1888 schiffte er sich in Begleitung seiner Mama (sein Vater war schon geraume Zeit wieder im Tessin) auf dem Dampfer Senegal in Buenos-Ayres ein.

Am 18. März erhielt ich von den canarischen Inseln aus die erste Nachricht seiner glücklichen Reise; am 15. langte er wohlbehalten in Lissabon an; nach einer Erholungsreise in Spanien zog er am 4. Mai in den Geburtsort seiner Eltern Castello San Pietro ein. Es war in der That ein feierlicher Empfang, den die Gemeindebehörden ihrem ruhmgekrönten und dadurch die engere und weitere Heimath in so hohem Grade ehrenden Bürger bereiteten. Mir sollte die Freude zu Theil werden, den unvergesslichen lieben Freund am 11. Mai hier empfangen zu können. Anstatt dessen bekam ich am 10. Mai die mich tief erschütternde, unsagbar traurige Nachricht seines plötzlichen Todes. Als ich in Castello am 12. Mai angekommen, um dem Freunde die letzte Ehre zu erweisen, fand ich folgenden letzten Gruss an mich vor:

„M. l. L.! Castello San Pietro 9. V. 1888. Von meinem Krankenlager aus! Ja, mein Theurer, ich brauche der Schweiz nicht dankbar zu sein für den feinen Empfang, den sie mir bereitet. Uebrigens hatte sie vielleicht auch keine Gründe, mit mir besonders höflich zu sein. Gleich in der Nacht meiner Ankunft am letzten Freitag wurde ich gegen 2 Uhr wach und constatirte, dass ich den charakteristischen Gelenkrheumatismus hatte; Du weisst wohl, dass ich schon früher daran litt, einer der Gründe, weshalb ich nach Europa kam, um eben zu sehen, ob es mir möglich wäre, davon ganz geheilt zu werden. Zum Glück bin ich zu Hause krank geworden und Du weisst wohl, welches der Unterschied zwischen der mütterlichen Pflege und der Pflege einer noch so guten Krankenwärterin ist. Die Gelenkschmerzen haben bedeutend abgenommen, aber bald ist die eine Articulation, bald die andere betroffen.

Gegenwärtig habe ich beide Kniegelenke sehr entzündet. Unser Wiedersehen wird also um einige Tage (!!) verspätet werden; Du begreifst wohl, dass ich nicht weiss, wann ich besser sein werde. Den Gelenkrheumatismus kennen wir als eine verrätherische Krankheit! Nichts im Endocardium. Behandlung: Na. Sal. etc. Kannst Du mir etwas anrathen? werde Dir dankbar sein. Hoffe, dass Deine Familie sich bester Gesundheit erfreut. Schreibe nicht länger, weil es mich ziemlich ermüdet. Schreibe mir sofort einige Zeilen zum Trost und zur Unterhaltung. Grüsse mir freundlichst Deine Frau Mutter und Deine Brüder. Dein *Justo.*"

Nach Beendigung dieses Briefes legte er sich mit den Worten: „es wird mir ohnmächtig" auf's Kissen zurück und war — eine Leiche.

So hat der unerbittliche Tod erbarmungslos trefflichen Eltern ihren heiss geliebten Sohn, den Freunden den geliebten Freund, der leidenden Menschheit den edlen guten Freund und gewissenhaftesten tüchtigsten Arzt, dem Vaterland einen dankbaren Bürger im schönsten Mannesalter entrissen!!

Fontana war ein höchst begabter Mann, ein Vorbild des ernstesten Fleisses und heissen

Strebens. — Möchten seine Eltern Trost suchen und finden in dem Andenken, das sich ihr Sohn durch seine Thaten auf ewig selbst geschaffen.

Dir aber, lieber Freund, rufen wir wehmuthsvoll als letzten Gruss zu: Ruhe in Frieden. — *L. Bloch.*

Zürich. Das Durchlesen der Dissertation des Herrn Collegen *Grob*[1]) erinnert mich an einen erst kürzlich beobachteten, mir noch niemals vorgekommenen Fall von Pulsverlangsamung. Pulsfrequenzen von 36 bis 54 sind nicht gerade Unica; so sah ich ein Brüderpaar, deren jeder eine nicht durch objective Symptome erklärbare Bradycardie von 42—48 zeigte, resp. noch zeigt; der eine starb vor Jahren (suicidium), der andere arbeitet als gut conservirter sechzigjähriger Landwirth. Dagegen dürfte eine Pulsverlangsamung auf 9 bis 24 Schläge per Minute einer Veröffentlichung wohl werth sein.

Im October 1887 wurde ich zu A. M., einem 69jährigen, etwas decrepiden Landwirth (heimlichem Alcoholiker) gerufen, der seit Mai desselben Jahres an epileptiformen Anfällen leide; dieselben seien bald seltener, bald häufiger, in der letzten Zeit jedoch mehrmals täglich aufgetreten. Die Anfälle dauern meist nur eine Minute, selten weniger oder länger. Patient beschreibt den Anfall: es steige ein wellenartiges Gefühl aus der Magengegend gegen den Kopf, dann werde es ihm schwarz vor den Augen, zugleich verliere er das Bewusstsein; sofort nach dem Anfall sei es ihm wieder wohl und ausser körperlicher Schwäche und etwas Schwindel habe er nichts zu klagen. Patient ist auffallend blass im Gesicht (spätere Messungen mit *Gower*'s Hæmometer ergaben annähernd normalen Hæmoglobingehalt des Blutes), mittelmässig genährt, in Sprache, Körperbewegungen, Haltung verräth er bedeutenden Marasmus; es besteht hochgradige Arteriosclerose; der Puls zählt ca. 60 Schläge in der Minute, etwas unregelmässig. Die Herztöne sind dumpf, eigentliche Geräusche werden nicht vernommen. Patient ist arbeitsunfähig, liegt viel oder sitzt auf der Ofenbank.

Unter Verabreichung von Bromsalzen mit ferr. carbonic. sacch. verloren sich die Anfälle und wurden erst im Januar 1888 wieder sehr häufig, zu welcher Zeit ich wieder zum Patienten kam. Die Anfälle träten stundenlange alle 10 Minuten auf; der Appetit sei ganz geschwunden und grosse Schwäche sei vorhanden. Von da an bis zu seinem am 14. März erfolgten Tode verliess Patient das Bett sozusagen nie mehr; die Anfälle zeigten sich so häufig, dass die Ernährung sehr schwierig wurde; nur wenige Schlücke Milch, Brühe, Wein konnten in den anfallsfreien Augenblicken genossen werden. Seit Anfang Februar sehr häufig vorgenommene Pulszählungen zeigten stets nur einen Puls von höchstens 24 in der Minute, meist nur 21, und während der Anfälle sank der Puls auf 9 in der Minute; die Herzthätigkeit, mehrmals während der Anfälle beobachtet, setzte 5 bis sogar 15 Sekunden aus, die Systole hatte schwach blasendes Geräusch; gegen Ende des Anfalls wurden die Herzbewegungen polternd, um nachher gewöhnlichen Charakter anzunehmen.

Sogenannte kleine Anfälle manifestirten sich nur durch Röthung des Gesichts und Zuckungen der mimischen Gesichtsmuskeln. Bei starken Anfällen wich die Gesichtsröthe einer bleichen Wachsfarbe; die Augen rollten nach aufwärts, oder nystagmusartig hin und her; der Mund spitzte sich wie zum Pfeifen zu. Zuweilen kamen Erschütterungen des ganzen Körpers vor. — Mittelst des *Dudgeon*'schen Sphygmographen aufgenommene Pulscurven zeigen steile Ascensionslinien und spitzwinkligen Curvengipfel; die steil abfallende Descensionslinie bildet in geringer Entfernung vom Curvengipfel eine beträchtliche, breite, gezackte Erhebung; es ist nicht mit Sicherheit zu sagen, ob dieselbe als katakrote Erscheinung aufzufassen ist, oder aber ob sie den eigentlichen Curvengipfel repräsentirt, in welchem Falle der erstgenannte spitze Gipfel als anakrote Erhebung taxirt werden müsste. Sonstige katakrote Erhebungen fehlen fast gänzlich.

Obduction 14. März 1888. Leiche stark abgemagert. An beiden Lungen alte pleuritische Verwachsungen; stark dunkel pigmentirte Lungenoberfläche; Randemphysem; rechts ca. $1^1/_2$ Liter, links $^1/_2$ Liter pleuritisch seröses Exsudat. Im Herzbeutel wenig Serum.[2]) Starke Dilatation sämmtlicher Herzhöhlen; relative Insufficienz der Tricuspidalis;

---

[1]) Ueber Bradycardie. Aus der medic. Klinik in Zürich von Dr. med. *F. Grob.* 1888.

[2]) Die anatomische Untersuchung des Herzens machte Herr Dr. *Dubler* im pathologischen Institut in Basel.

Insufficienz der Aortaklappe durch Kalkeinlagerung in das hintere Segel; leichte Verwachsung der Ränder und Rigidität der Basis; Insufficienz der Mitralis durch theilweise Verkalkung der Basis beider Zipfel; mässiges Atherom der aorta ascendens und des arcus aortae; leichte atheromatöse Verengerung der linken Arteria coronaria; hochgradige Fettdegeneration des Herzmuskels; die microscopische Untersuchung der Musculatur der Ventrikel und Vorhöfe ergab mittelgrosse Fetttröpfchen in den Muskelfasern; die meisten waren damit fast ganz angefüllt; am meisten normale Fasern fanden sich noch in den Papillarmuskeln des linken Ventrikels.

Hochgradige Muscatleber. Milz klein, derb. Nieren normal. *Sigg.*

Wochenbericht.

Schweiz.

— Unser hochverehrte Dr. *Sonderegger* hat eine schwere Pleuropneumonie durchgemacht, ist aber jetzt — zu Aller Freude sei's gemeldet — Reconvalescent und beweist, dass die Elasticität und Frische seines Körpers hinter derjenigen seines Geistes nicht zurücksteht.

— Das **Eidgenössische Diplom** zu freier Ausübung ihres Berufes als Aerzte haben nach absolvirter Prüfung erhalten im 2. Quartal 1888:

In Basel die HH.: *Egger, Fritz*, von Basel; *Reinhardt, Ludw.*, von Basel; *Simonett, Benedict*, von Medels - Platta (Graubünden); *Schuoler, Gustav*, von Somvix (Graubünden); *Rossier, Guillaume*, von Vevey (Waadt); *Stræhl, Othmar*, von Zofingen (Aargau); *Brandenberg, Fritz*, von Zug; *Jaquet, Alfred*, von St. Imier (Bern); *Baumgartner, Adolf*, von Basel; *Burkhalter, Emil*, von Bern; *His, Wilhelm*, von Basel.

In Genf die HH.: *Götz, Eugène Louis*, von Genève; *Dorta, Thomas*, von Schuls (Graubünden); *Schwabacher, Malvina*, aus Preussen; *Basqueiraz, Jules Marie*, von Monthey (Wallis); *Schmidt, Charles Auguste*, von Fribourg.

Universitäten. Frequenz der **medicinischen** Facultäten im Sommersemester 1888.

	Aus dem Canton		Aus andern Cantonen		Ausländer		Summa		Total
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	
Basel Sommer 1888	**33**	—	**75**	—	**6**	—	**114**	—	**114**
Sommer 1887	33	—	72	—	8	—	113	—	113
Bern Sommer 1888	**64**	—	**90**	**2**	**28**	**43**	**182**	**45**	**227**
Sommer 1887	57	—	97	1	26	31	176	32	212
Genf Sommer 1888	**19**	—	**77**	—	**36**	**9**	**132**	**9**	**141**
Sommer 1887	22	—	53	—	35	5	110	5	115
Lausanne Sommer 1888	**16**	—	**7**	**1**	**6**	**3**	**29**	**4**	**33**
Sommer 1887	14	—	6	1	1	3	21	4	25
Zürich Sommer 1888	**57**	**7**	**103**	**4**	**58**	**32**	**218**	**43**	**261**
Sommer 1887	68	8	105	4	67	25	240	37	277

Summa für Sommersemester 1887 an allen schweiz Universitäten: 776 (Winter 768).

Bern und Lausanne mit je 2 Auscultanten. Zürich mit 8 (7 M. 1 W.) medic. Auditoren. Lausanne nur für propädeutische Fächer.

— **Zur Statistik der Heilbarkeit des Krebses.** Dr. *E. v. Meyer* hat sich die Mühe genommen, über das Schicksal der 1867—1878 im Zürcher Cantonsspital operirten klinischen Krebskranken Nachforschungen anzustellen. Es sind 256 Fälle; von diesen lebten vor 10 Jahren noch 98 (vide Arbeit von *Fischer* im XIV. Band (1881) der deutschen Zeitschrift für Chirurgie). *v. Meyer* hat diesen 98 nachgefragt und über 64 positive Antwort erhalten. Das Resultat ist folgendes: Von den 64 leben jetzt noch und sind gesund: 22; 19 sind inzwischen recidivfrei an andern Krankheiten gestorben.

Von den 22 Lebenden sind folgende Heilungsbestände zu notiren: 4 von 19—20 Jahren; 6 von 16—18 Jahren; 6 von 12—15 Jahren und 4 von 9—10 Jahren. Die bei den jetzt noch lebenden und recidivfrei Gestorbenen operirten Tumoren waren

25 Mal Carcinom (4 Mamma, 6 Nase, 5 Lippe, 1 Unterkiefer, 1 Rumpf, 2 Extremitäten, 5 Genitalsphäre, 1 Kopf), 10 Mal Sarcom, 2 Mal Cystosarcome und 3 Mal andere Tumoren (Melanosarcom etc.). Infiltration von regionären Lymphdrüsen waren 4 Mal vorhanden; um Recidivoperationen handelte es sich 4 Mal (und zwar einmal um die Entfernung des 3. und einmal des 4. Recidivs und trotzdem definitive Heilung!)

Aus der Zusammenstellung der an localen oder metastatischen Recidiven gestorbenen Krebsoperirten geht hervor, dass die Recidive fast immer innerhalb eines Jahres (nur einmal später als 2 Jahre) auftraten.

Die Ergebnisse der *v. Meyer*'schen Arbeit („Deutsche Zeitschr. f. Chir.“ XXVIII 1 und 2) sind sehr erfreulich „ beweisen die Heilbarkeit des Krebses und ermuthigen zu activem Vorgehen gegenüber dieser schrecklichen Krankheit.

Ausland.

— **Herbstferiencurse für Aerzte in München.** Dieselben beginnen den 27. September 1888 und dauern 4 Wochen bei äusserst vielseitigem und reichhaltigem Programme, wie im Inseratentheil der heutigen Nummer zu ersehen ist.

— **Ueber die Erzeugung von Immunität durch lösliche Substanzen.** Seitdem die Bacteriologie uns Wege und Mittel an die Hand gibt, die specifischen Microorganismen der Infectionskrankheiten zu studiren, wird von Neuem — und wie es scheint mit Erfolg — die Frage nach der eigentlichen Ursache der Immunität ventilirt. Die Beobachtung, dass das Ueberstehen gewisser Infectionskrankheiten (wie Variola, Scarlatina, Morbilli etc.) den Organismus gegen eine zweitmalige Infection in geringerem oder höherem Grade schützt — ihm also eine gewisse Immunität verleiht, rief schon seit langer Zeit zwei hauptsächlichen Erklärungsversuchen, die bestimmte chemische Umwandlungen im Körper annahmen, welche durch die erste bacterielle Invasion bedingt würden.

Die erste der chemischen Theorien nimmt an, „dass die in den Körper eindringenden Bacterien durch ihren Stoffwechsel Substanzen in ihm erzeugen, deren Anhäufung ihnen schliesslich selbst zum Schaden gereicht und damit nicht nur die Beendigung der Krankheit bewirkt, sondern wegen längeren Verbleibens jener Substanzen im Körper eine Wiederholung der Infection für mehr oder weniger lange Zeit verhindert. Diese Stoffe wären also als wirkliche Gegengifte, Antidote der Bacterien zu betrachten.“

Die zweite Theorie wurzelt in der entgegengesetzten Anschauung, nämlich „dass die Spaltpilze durch ihre Vermehrung im thierischen Organismus nicht ihnen schädliche Producte erzeugen, sondern einen oder mehrere der für ihre Vegetation nützlichen Stoffe aufzehren, womit schliesslich ebenfalls Bedingungen für das Erlöschen der Krankheit und wegen des langsamen Ersatzes der aufgebrauchten nöthigen oder nützlichen Substanzen — Immunität gesetzt werde.“

Pasteur, der früher gegenüber *Chauveau* ein eifriger Verfechter der zweiten Theorie war, kam durch die Erfahrungen, die er bei seinen Lyssaimpfungen an Menschen und Hunden gemacht, davon ab, indem er erkannte, dass er bei der von ihm angewandten Methode von Präventivimpfung mit ausgetrocknetem und emulgirtem Rückenmark lyssakranker Kaninchen nicht nur das hypothetische Virus der Lyssa, sondern vor allem (besonders in dem am meisten abgeschwächten Vaccin) eine chemische Substanz mit überimpfte, der wohl am ehesten die immundirende Kraft zuzuschreiben sei. — So wurde *Pasteur* Anhänger der ersten Theorie — und suchte diese durch unzweideutige Experimente zu stützen.

Seinen Schülern *Roux* und *Chamberland* gelang es, diesen Beweis zu führen. Sie publicirten im December 1887 eine experimentelle Arbeit, die den deutlichen Beweis erbringt, dass durch subcutane Injection chemischer Substanzen (ohne irgend welche bacterielle Beimischung!) Meerschweinchen gegen das maligne Oedem immun gemacht werden können, — und zwar sind das chemische Substanzen, die in künstlichen Nährlösungen vom Bacillus des malignen Oedems selbst producirt werden, sog. Ptomaine. — Sie wiesen zunächst nach, dass sich in Bouillonculturen des Bacillus des malignen Oedems in steigernder Menge Substanzen bilden, welche schliesslich dessen weiteres Wachsthum verhindern. (Denselben Nachweis für eine Anzahl anderer pathogener und nicht pathogener Microorganismen hat Ref. bereits im Mai 1887 publicirt in dem Vortrag an der Versammlung des ärztlichen Centralvereins in Basel: „Ueber Antagonisten unter den Bacterien“ und hat auch auf die Tragweite dieser Thatsache hingewiesen.)



R. und *Ch.* gingen aber einen Schritt weiter. Sie sterilisirten Bouillonculturen des Vibrion septique durch 10 Min. langes Erhitzen auf 105 — 110° C. und injicirten davon 10—60 ccm. Meerschweinchen in die Bauchhöhle. Diese Procedur nach 2 Tagen wiederholt, hatte zur Folge, dass zwei Meerschweinchen auf eine spätere Impfung mit einer virulenten Cultur des Vibrion septique gar nicht reagirten. Sie waren immun; während alle Controlthiere, die weniger als 80 gr. dieser Substanzen injicirt bekommen hatten, der nachherigen Inoculation erlagen.

Die weitere Aufgabe wäre nun, aus diesem chemischen Gemenge die wirksame Substanz zu isoliren — und deren specifische Wirkungen auf den Körper zu studiren.

Nach dieser Darlegung dürfte den Phagocyten wohl kaum eine wichtigere Rolle bei der Immunität beigemessen werden, gegenüber der durch Bacterienvegetation erzeugten chemischen Aenderungen des Organismus.

In ähnlicher Weise und ganz analoger Versuchsanordnung erbrachte *Roux* den Beweis, dass Meerschweinchen durch Injection der bacillenfreien Culturflüssigkeiten des Rauschbrand gegen eine Inoculation mit virulenten Bacillen dieser Affection immun gemacht werden können. Er konnte ferner in mehrern Fällen, in denen er das gegenseitige Verhältniss von malignem Oedem und Rauschbrand untersuchte, constatiren, dass ein Theil derjenigen Meerschweinchen, die gegen den Rauschbrand immunisirt waren, nun auch der Inoculation mit dem Bacillus des malignen Oedems widerstanden.

Diese weitere Thatsache, dass die Empfänglichkeit für eine Krankheit durch die Stoffwechselproducte einer andern aufgehoben werden kann, verdient volle Beachtung und eröffnet uns neue Aussichten im Gebiete der Präventivimpfung.

In dritter Linie wurden diese Versuche auf den Bacillus des Typhus abdominalis ausgedehnt. An diesen Untersuchungen haben ausser *Chantemesse* und *Widal* auch eine Anzahl deutscher Untersucher Theil, wie: *Sirotinin*, *Fränkel*, *Beumer* und *Peiper* u. A. — Die Typhusbacillen wirken auch im Thierkörper pathogen — besonders bei Mäusen, doch scheint es, dass es weniger der Bacillus an und für sich ist, der pathogen wirkt, sondern dass die mit ihm eingeführten Stoffwechselproducte — Ptomaine — von toxischer Wirkung sind. Denn es mussten jeweilen abnorm grosse Mengen einer Typhuscultur in die Peritonealhöhle eingebracht werden, bis eine deletäre Wirkung constatirt werden konnte. Aehnlich wie sich der Körper an steigende Dosen von Alkaloiden (Morphium, Strychnin) gewöhnen kann, ebenso wird er toxische Dosen dieser Stoffwechselproducte überwinden lernen. Ist der Körper daran gewöhnt, so wird die vitale Energie des Gewebes allein ausreichen bei einer Inoculation mit Bacillen diese zu bewältigen und zu eliminiren. So stellte es sich bei den Versuchen mit Typhus abd. heraus.

Chauveau, dessen chemische Theorie, die er seit 1880 beständig verfochten, durch obgenannte Arbeiten eine glänzende Bestätigung findet, äussert sich endlich in einer neuesten Mittheilung, worin er noch weitere Daten zu ihrer Stütze anführt. — Einestheils ist es die Beobachtung, dass Thiere, deren Empfänglichkeit von Natur aus gering gegenüber der Milzbrandinfection ist (algerische Hammel) oder Thiere, die durch die Präventivimpfung vorbereitet wurden, grossen Quantitäten virulenten Milzbrandgiftes dennoch erliegen. Anderntheils die Thatsache, dass die neugebornen, von milzbrandkranken Müttern abstammenden Lämmer gegen diese Krankheit sich refractär verhalten. Gestützt auf Untersuchungen von *Brauell* und *Davaine*, nach welchen die Milzbrandbacillen nicht auf den Fœtus übergehen, sondern von der Placenta gewissermassen abfiltrirt werden, lag es nahe, die Immunität der Lämmer durch den Uebergang löslicher Stoffe in ihre Gewebssäfte zu erklären. *Ch.* führt 40 derartige Beobachtungen an. — Dass im Allgemeinen aber nach diesen Beobachtungen bei Milzbrand ein Uebertritt von Bacillen in's fœtale Blut durch die Placenta geläugnet werden darf, ist wohl kaum anzunehmen. Es liegen Mittheilungen vor, die das Gegentheil beweisen — doch sind die Verhältnisse noch genauer abzugrenzen, in denen dieser Uebertritt von corpusculären infectiösen Elementen in die Circulation des Fœtus vorkommt. — *Garrè.*

— **Magendarmcatarrh der Kinder.** *Ehring* empfiehlt Bismuth. salicyl. 4,0 — 5,0, Glycer. 10,0—20,0, Aq. 100,0, theelöffel- bis esslöffelweise alle 2 Stunden je nach dem Alter des Kindes zu nehmen.

— **Anaesthesirung schmerzhafter Wehen.** *Lagel* gelang es, eine schmerzhafte Ge-

burt einer 5monatlichen Frucht durch 2 Clystiere von je 2,0 Antipyrin völlig schmerzlos zu machen. *Steinthal* konnte dies constatiren. Nach 20 Stunden lang dauernden, sehr schmerzhaften Wehen liess er ein Clysma mit 2,0 Antipyrin auf 1 Tasse Wasser varabreichen; es trat sofort Schmerzlosigkeit ein, ohne dass die Wehen aussetzten.

Queirel (Marseille) gibt dasselbe Mittel in subcutanen Injectionen, und zwar in Dosen von 0,25 gr. Die Wirkungen sollen, besonders während der Eröffnungsperiode, geradezu wunderbar sein. —

— **Zur Desodorisirung des Jodoforms** ist die Toncabohne, frisch gemahlener Café u. a. m. bereits empfohlen worden. Der Geruch ist so penetrant und haftet so hartnäckig an den Händen und den Kleidern, dass vielleicht die Empfehlung *Cantrelle*'s Beachtung finden dürfte. *C.* setzt dem Jodoform Menthol (auf 1 gr. 0,05 Menthol) und 1 Tropfen Ol. Lavend. zu. Zur Reinigung der Hände wird ebenfalls dem Waschwasser ein geringes Quantum einer spirituösen Lösung von Lavendelöl zugesetzt.

— **Aerzte in Frankreich.** Nach den neuesten Berichten beläuft sich die Zahl der in Frankreich practicirenden Aerzte auf 11,995 und die der Sanitätsofficiere auf 2,799. In Paris allein leben 2,188 Aerzte und 182 Sanitätsofficiere. Die Zahl der Pharmaceuten (die in Frankreich bekanntlich recht oft berufen sind, „die erste Hülfe" zu leisten) — oder Chemiker wird auf 7,100 angegeben, wovon 797 auf Paris entfallen. Es kommt also 1 Chemiker auf 2 Aerzte in der ganzen Republik. Hebammen werden 13,610 angegeben.

— **Extr. fluidum Condurango.** Apotheker *Reber* in Genf hat ein Fluid-Extract aus Condurangorinde dargestellt, das seiner Haltbarkeit und bequemen Dosirung halber den anderen Präparaten vorzuziehen ist. Dosirung: 10—20 Tropfen in einem halben Glase Wasser vor der Mahlzeit.

— **Zur Wirksamkeit der rectalen Glycerin-Injection.** Glycerin-Clysmata (2—3 g. pro Clysma) wirken prompt und sicher nur dann, wenn sich Kothmassen im Rectum befinden, während bei leerem Mastdarm die Injection wirkungslos bleibt. Der durch Glycerin, d. h. die dadurch bedingte vermehrte Flüssigkeitsabsonderung bewirkte Reiz scheint nur zur Entleerung des untersten Darmabschnittes zu genügen, während er zur Herunterleitung von in höhern Darmabschnitten befindlichem Inhalt, bei leerem Rectum, nicht ausreicht.

(Centralblatt für Gynäcologie 1888, Nr. 27.)

Stand der Infections-Krankheiten.

		Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperalfieber	Parotitis	Variola	Rubeolae
Zürich u. Aussengem.	17. VI.-23. VI.	4	—	6	9	2	5	2	—	—	6	—
	24. VI.-30. VI.	4	—	—	24	2	4	4	—	—	—	—
Bern	17. VI.-23. VI.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	24. VI.-30. VI.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Basel	25. VI.-10. VII.	18	8	13	6	4	12	7	—	3	—	10

Von den Scharlachfällen in Basel betreffen 14 Kleinbasel. Es ist anzunehmen, dass die nahen Sommerferien der Scharlachepidemie ein Ende machen und eine epidemische Verbreitung der auftauchenden Masern verhindern.

Briefkasten.

Major Dr. *Fröhlich*, Basel; Dr. *Ringier-Aebi*, Kirchdorf; Dr. *Lardelli*, Chur; Dr. *Zoller*, Wald: Besten Dank. — Dr. *Cramer*, Biel: Die 2 übersandten interessanten Photographien zieren seit heute das Aerztealbum. Besten Dank. — Omnibus: Ich bitte die Herren Collegen und practischen Aerzte, des Titels und der Bestimmung unseres Blattes eingedenk zu sein und aus dem Schatze ihrer Erfahrungen ab und zu ein cantonales Correspondenzchen herauszuangeln, sich selbst und den Lesern zur Freude und zur Belehrung.

Schweiz. Medicinalkalender. Die Zeit ist leider zu sehr vorgerückt, als dass für den Jahrgang 1889 noch alle der theils selbst beabsichtigten, theils von anderer Seite gewünschten, zum Theil eingreifenden Aenderungen vorgenommen werden könnten. Bitte um Geduld bis zum folgenden Jahr.

E. H.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats.
Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 12. — für die Schweiz, Fr. 14. 50 für das Ausland. Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. E. Haffter

in Frauenfeld.

N°. 15. XVIII. Jahrg. 1888. 1. August.

Original-Arbeiten.

Zur Gastroenterostomie.

Von Dr. **F. Fritzsche** in Glarus.

Die Bedeutung und der Zweck der operativen Bildung einer Magendünndarmfistel, der Gastroenterostomie, behufs Umgehung eines irgendwie verengerten Pförtners scheint von den Aerzten noch nicht genugsam gewürdigt zu werden. Der zur Operation auffordernde Symptomencomplex ist, wenigstens so weit es die carcinomatöse Stenose betrifft, durchaus kein seltenes Vorkommniss und doch ist die Zahl der veröffentlichten Gastroenterostomien eine noch relativ kleine. Seit *Wölfler* als erster im September 1881 die Operation bei einem, wie sich nach Eröffnung der Bauchhöhle herausstellte, inoperablen Pyloruscarcinom ausführte, wurde bis vor Kurzem die für unsere operationslustige Zeit bescheidene Zahl von 21 dergleichen Operationen bekannt gegeben, denen nach der jüngst erschienenen Arbeit von *Rockwitz*[1]) 8 neue Fälle von der Strassburger Klinik beizuzählen sind. Schuld an der Zurückhaltung, welche die Chirurgen der Gastroenterostomie gegenüber bisher an den Tag legten, ist wohl einmal die Concurrenz der Radicaloperation bei Carcinoma pylori, der Pylorectomie, welcher in der Hoffnung, bleibende Heilung zu erzielen, oft der Vorzug gegeben wurde in Fällen, die nach den neuesten Erfahrungen sich besser für die Gastroenterostomie geeignet hätten. Vor allem aber war die Verlustziffer (ca. 60%) der Operation in der ersten Zeit eine so bedenkliche, dass sie keineswegs zur häufigen Ausführung einlud. Erst die bereits erwähnte Arbeit von

[1]) Die Gastroenterostomie an der Strassburger chirurgischen Klinik. („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“ Band XXV, pag. 502.)

Rockwitz lässt die Operation in einem andern, viel günstigern Licht erscheinen. *Lücke* hat danach 8 Fälle operirt ohne tödtlichen Ausgang. Rechnet man aber einen nach 14 Tagen an Inanition und Pneumonie Verstorbenen doch der Operation an, so ergibt sich immer noch eine Mortalitätsziffer von nur 12,5%. Wir sind dadurch berechtigt, die Operation als eine relativ ungefährliche zu bezeichnen und ihr deshalb eine häufigere Anwendung in dazu geeigneten Fällen zu wünschen. Dies namentlich auch, weil sie im Stande ist, den Kranken ganz Erhebliches zu leisten und zwar sowohl bei carcinösen, als auch bei narbigen Stenosen des Pylorus und des Duodenums. Natürlich können mit denselben Aussichten auf Erfolg auch anderweitige ausserhalb des Magens resp. Duodenums gelegene Erkrankungen in Frage kommen, die zur Compression und Verlegung des Duodenums führen und durch Hebung der Grundkrankheit keiner directen Heilung zugänglich sind. Vermag bei den narbigen Stenosen und andern an und für sich nicht zum Tode führenden Verengerungen des Pylorus der in Rede stehende Eingriff ohne Weiteres bleibende Heilung herbeizuführen, so hat er beim Carcinom allerdings nur den Werth einer Palliativoperation. Als solche aber überragt sie eine Reihe von andern, schon lange als berechtigt anerkannten Palliativ-Operationen um ein bedeutendes. Ich erinnere zum Vergleich an die bei den meisten Chirurgen allerdings wenig beliebte Gastrostomie bei Krebs der Speiseröhre, ferner an die Etablirung eines künstlichen Afters bei inoperablem Mastdarmkrebs, an die Tracheotomie bei Tuberculose oder Krebs des Kehlkopfes. Die directe Lebensgefahr dürfte bei diesen Eingriffen zum Theil nicht geringer sein, als bei der Gastroenterostomie. Mit welchen bleibenden Beschwerden für den Kranken sind dieselben jedoch verbunden! Täglich, ja stündlich werden die so Operirten gerade durch den operativ neu geschaffenen Zustand an ihr unheilbares Leiden erinnert und fristen so in der Regel ein kümmerliches, freudeloses Dasein. Ganz anders bei der Gastroenterostomie! Ist die Operation glücklich vorüber, so hören die quälenden Schmerzen und das lästige Erbrechen wie mit einem Schlage auf. Nach wenig Tagen, ja Stunden fühlen sich die Kranken unendlich erleichtert. Die Nahrungsaufnahme, vorher stets von den heftigsten Schmerzen gefolgt, geht wieder ohne Störung von Statten. Bald hebt sich der Ernährungs- und Kräftezustand. In wenig Wochen sind sie ihrem Berufe und allen Lebensfreuden zurückgegeben und wähnen sich nun vollkommen gesund, da der Bestand der Magendünndarmfistel, ist sie einmal in passender Weise zu Stande gekommen, an und für sich mit keinerlei Beschwerden verknüpft ist. Kann auch diese Euphorie bei Krebskranken nur eine zeitlich beschränkte sein, so ist es gewiss eine befriedigende therapeutische Leistung, wenn wir einem dem sichern Tode verfallenen, mit dem qualvollsten Leiden behafteten Menschen das Leben und zwar ein genussreiches Leben für einige Monate und länger zurückzugeben im Stande sind. Von den *Lücke*'schen Fällen z. B. überlebte eine Frau die Operation um 14 Monate, andere um 3, 4 und 9 Monate. Unter den Fällen anderer Operateure erinnere ich an die interessante Kranke *Socin*'s,[1]) bei welcher derselbe am 15. Juli 1883 die Pylorusresection, dann wegen Recidiv

[1]) Cfr. „Corr.-Blatt“ 1883, pag. 584, und 1884, pag. 513.

am 5. Juli 1884 die Gastroenterostomie ausführte, und welche am 7. Januar 1886 starb. Sie überlebte also die erste Operation um 30, die zweite um 17 Monate und zwar war dieselbe auch nach der zweiten Operation „ein volles Jahr arbeitsfähig und ordentlich bei Kräften" gewesen.[1] Wir sind nach solchen Erfahrungen gewiss berechtigt, der Gastroenterostomie bei Carcinom unter den Palliativoperationen eine hervorragende Stelle anzuweisen.

Den der Operation günstigen Anschauungen *Rockwitz*'s beizutreten, berechtigen uns auch die beiden von uns operirten Fälle. Der eine hatte höchst wahrscheinlich ein Carcinom, der andere eine narbige Stenose des Pylorus. Sie sind also Repräsentanten beider Categorien von Krankheitsfällen, für welche die Operation wesentlich in Frage kommt. Ich lasse sie in extenso folgen, um dann noch auf einige specielle Fragen betreffend Indication und Ausführung der Operation zurückzukommen.

W., Alois, 57 Jahre alt, Graveur in Glarus, ohne hereditäre Belastung für Carcinom, litt schon vor vielen Jahren vorübergehend an Magenkrämpfen, war aber im Uebrigen vollkommen gesund. Vor drei Jahren stand Patient einige Wochen in ärztlicher Behandlung. Es hatten sich die Magenkrämpfe stärker gezeigt und mehrmals war Erbrechen erfolgt, doch nie mit Blut. Nachher Diarrhoe mit dunkelfarbigen Stühlen. Damals war er beim Kupferschleifen thätig gewesen. Seither Wohlbefinden bis vor circa fünf Wochen wieder Erbrechen eintrat, meist in den ersten Stunden nach einer Mahlzeit, immer ohne Blut. Dabei rascher Appetitverlust, Eckel vor Fleischspeisen. Mehlspeisen verursachen auch in kleiner Menge Magenschmerzen, während Kässuppe mit Vorliebe genossen und ertragen wird. In der letzten Zeit starke Abmagerung.

Beim Spitaleintritt am 14. October 1887 constatirten wir folgendes: Etwas gracil gebauter Mann unter Mittelgrösse mit sehr reducirtem Fettpolster. Kein Fieber. Langsamer (64), etwas unregelmässiger Puls. Nirgends Drüsenschwellungen. Lungen und Herz gesund, Leber und Milz nicht vergrössert. Die Untersuchung des aufgeblähten Magens ergibt eine bedeutende Ausdehnung desselben. Die grosse Curvatur steht 2—3 Finger breit unterhalb des Nabels. Plätschern in demselben.

Am äussern Rande des rechten M. rect. abdom. im Epigastrium lässt sich hie und da, namentlich auf der Höhe einer tiefen Inspiration, eine ca. wallnussgrosse höckerige Resistenz abtasten. Die Untersuchung ist jedoch durch die starke Spannung der geraden Bauchmuskeln sehr erschwert. Eine vorgenommene Magenspühlung fördert eine ziemliche Menge äusserst sauer riechenden und sauer reagirenden Mageninhalts zu Tage ohne blutige Beimengung.

Heftige Magenschmerzen, die nach Erbrechen und nun nach den Spühlungen sofort aufhören.

Urin schwach alcalisch, spärlich. Kein Eiweiss.

Appetit liegt ganz darnieder. Obstipation.

Körpergewicht 47,5 kg. Diagnose: Dilat. ventric. durch wahrscheinlich carcinöse Pylorusstenose. Der Kranke erhält eine abgemessene, leicht verdauliche Kost, und einmal täglich eine Magenspühlung, welche jedesmal grosse Erleichterung bringt. Am 17. October ergibt die Untersuchung des reinen Magensaftes ziemlich starke Salzsäurereaction. Während einer Reihe von Tagen ist der Tumor nicht nachweisbar. Das Befinden des Patienten ist in der ersten Zeit des Spitalaufenthalts entschieden besser. Selten Schmerzen, ordentlicher Schlaf. Bald aber zeigen sich wieder die alten Beschwerden. Der Kranke refüsirt verschiedene ihm in kleinen Mengen gestattete Speisen, Suppen, Fleisch etc., weil sie ihm sofort heftige Schmerzen machen. Das Allgemeinbefinden verschlechtert sich zusehends, auch Erbrechen trat am 25. October wieder auf und der Kranke ist dadurch sehr deprimirt. Da er auf den Vorschlag einer Probelaparotomie und eventuellen Magenoperation nicht eingehen will, wird er auf seinen Wunsch entlassen nach

[1] Jahresbericht d. chir. Abth. v. J. 1886, pag. 63.



einem 13tägigen Spitalaufenthalt, während dessen sein Körpergewicht von 47,5 auf 44 kg. zurückgegangen war.

Zu Hause konnten die Magenspühlungen nicht entbehrt werden. Trotzdem öfters Erbrechen und lästiger Singultus, welcher Morphium nöthig machte. Wenige Tage brachten nun auch den Mann selber zur Ueberzeugung, dass es rasch und unaufhaltsam mit ihm zu Ende gehe ohne einen Eingriff, und er entschloss sich zur Operation.

Am 1. November trat er wieder in die Anstalt, auf's Neue ungemein abgemagert. Nun ist auch wieder ein höckeriger Tumor an der frühern Stelle deutlich zu fühlen. Vorbereitung zur Operation mit Ausspühlen des Magens und Nachspühlen mit $^1/_2{}^0/_{00}$ Salicylsäurelösung und Nährclystieren.

Am 3. November Operation. Ungestörte Morphiumchloroformnarcose. Medianschnitt, 10 cm. lang, vom Schwertfortsatz bis um den Nabel. Nach Eröffnung der Bauchhöhle Verlängerung des Schnittes nach unten um 5 cm. wegen Platzbeschränkung durch die im obern Theil des Schnitts blosliegende Leber. Der nun leicht übersehbare Magen ist stark vergrössert. Am Pylorus fühlt man vorn eine derbe knotige Verdickung, die nach hinten an Mächtigkeit zunimmt und im Ganzen einen ungefähr hühnereigrossen Tumor bildet. Hinter demselben, von ihm allerdings durch eine Rinne geschieden, fühlt man das Pankreas, das jedoch innig mit dem Tumor verwachsen und nicht an demselben verschieblich ist. Weiters zeigten sich unterhalb des Pylorus im Netz bereits infiltrirte Drüsen. Gestützt auf diesen Befund wird von der Resection des Pylorus Umgang genommen und zur Gastroenterostomie nach *Wölfler* geschritten. Rasch ist die oberste Jejunumschlinge aufgefunden und eine ca. 50 cm. unterhalb des Duodenum befindliche Stelle, die sich leicht an die vordere Magenwand bringen lässt, zur Anheftung ausgewählt. Das betreffende Darmstück wird ausgestrichen und durch zwei gewöhnliche, desinficirte Baumwollbändchen locker abgebunden, die an gefässloser Stelle durch das Mesenterium gehen. Den Abschluss der aus der vorderen Wand erhobenen Falte der Magenwand besorgen zwei lange mit Cautschoucdrains überzogene Eisenstäbe, deren eingekerbte Enden mit dünnem Drainrohr elastisch aneinander gewickelt werden. Also *Rydygier*'sches Compressorium, nur länger (22 cm.) als von ihm angegeben.

Die Länge der Darm- resp. Mageníncision beträgt 5 cm. Die Vereinigung derselben geschah in drei Etagen. Nach Anheftung des obern Wundrands des Darms an die Magenserosa mit einigen Knopfnähten und Incision des Magens folgte zuerst eine circuläre fortlaufende Schleimhautnaht, dann eine ebenfalls fortlaufende *Cerny*'sche Muscularis- und Serosanaht und endlich eine circuläre fortlaufende *Lembert*'sche Naht. Das zuführende Darmstück wurde hierauf noch mit einigen Nähten an die Magenwand angeheftet. Alles mit Catgut. Der Schluss der Bauchwunde gestaltete sich wegen der straffen Muscul. recti ausserordentlich schwierig. Auch hier drei Etagen. Versenkte fortlaufende Peritonealnaht, versenkte starke Muskel- resp. Fasciennähte und Hautnaht, die letzteren als sutura nodosa angelegt, auch hier durchweg mit Catgut. Das Ganze unter Sublimatantisepsis.

Der Verlauf gestaltete sich trotz des zu erwähnenden Zwischenfalls vollkommen fieberlos. Puls stets zwischen 68 und 96. Patient erhält in den ersten Tagen je zwei Nährklystiere, daneben zwei Tage lang nur einige Löffel Wasser, dann Milchcaffee. Das Allgemeinbefinden war immer recht gut. Kein Erbrechen, nur einmal kurz dauernder Singultus. Leichter Icterus (Chloroform? oder Duodenalcatarrh durch den mechanischen Reiz der Operation?) Der Urin, vor der Operation immer alcalisch reagirend, wird kurz nachher sauer gefunden. Am 5. Tage erster Stuhl nach Klysma. Nun auch feste Nahrung, Fleisch. In der Nacht vom 12. auf den 13. November einmal heftiges Erbrechen grasgrüner Massen. Urin stärker icterisch. Am Morgen hat der immer noch sitzende erste Verband auf einmal stark durchgeschlagen. Nach dessen Entfernung finden wir die Naht in der Länge von 10 cm. geplatzt und in der Wunde Magen und etwas Leber blosliegend.

In Narcose oberflächliche Sublimatberieselung und secundäre Naht und zwar drei tiefe Plattennähte und dazwischen Vereinigung der Wundränder mit Seide. Die nächsten Tage öfters Singultus und saures Aufstossen und am 15. auch einmal galliges Erbrechen. Doch kein Fieber und nie mehr als 84 Pulse. Beim nächsten Verbandwechsel am 18. November zeigen sich einige Stichcanäle in Eiterung. Verband mit Bismuthbrei. Am 21.

wird die letzte Plattennaht entfernt. Das Subjectivbefinden immer recht ordentlich. Am 4. December erstes Aufstehen. Das Körpergewicht ist während der Operationszeit durch die wohl etwas allzu entziehende Behandlung resp. die allzu geringe Nahrungszufuhr bedeutend heruntergegangen und steht heute noch auf 89 kg. Nun aber rasche Erholung. Bei der Entlassung aus dem Spital am 8. December bei vortrefflichem Befinden und solid vernarbter Wunde verträgt der Kranke bereits alle Speisen und gibt spontan als einzige ihm noch auffallende Anomalie an, er habe das Gefühl, als bleibe die Kost nur kurze Zeit im Magen, und er müsse oft etwas zu sich nehmen, um das Hungergefühl zu bekämpfen.

Seither erfreut sich der Kranke eines vollständigen Wohlbefindens. Sein Körpergewicht hob sich in raschem Tempo und betrug am 1. Februar 54 kg., ein Gewicht, welches Herr W. auch in seinen besten Zeiten nie überschritt. Er bietet denn auch ein blühendes Aussehen dar und ist seiner Familie und seiner beruflichen Thätigkeit in ungeschwächter Kraft zurückgegeben.

F., Julie, Zettlerin in Ennenda, trat im Jahre 1881 als erste Patientin ins neu eröffnete Glarnerspital ein in ihrem 30. Lebensjahre. Die von jeher etwas blasse und schwächliche Person erlitt im 3. Lebensjahre eine ausgedehnte Verbrennung im Gesicht. In den Entwicklungsjahren laborirte sie sehr lange an der Bleichsucht. Vom 13. Jahre an immer spärlich menstruirt, in den letzten Jahren mit Schmerzen. Im Uebrigen war sie gesund. Seit Frühjahr 1881 traten Schmerzen auf im ganzen Abdomen, bis ins Epigastrium und etwa auch auf die Brust ausstrahlend. Am Morgen hie und da Brechneigung mit Schmerzen in der Magengegend. Appetit erst wenige Tage etwas vermindert. Obstipation. Bei ihrem Eintritt am 2. August und während des Spitalaufenthalts liess sich bei der mittelgrossen, gracil gebauten und magern Patientin neben der sehr ausgesprochenen Anæmie objectiv nichts Krankhaftes nachweisen als etwas Druckempfindlichkeit im Epigastrium. Ich stellte damals die Diagnose auf Anæmie mit Gastralgie und Enteralgie. Patientin bekam Ferr. carb. sacch. und wegen der manchmal recht heftigen Schmerzen besonders auf die Nacht Bromkalium. Der Zustand besserte sich bald und Patientin konnte nach vierwöchentlichem Spitalaufenthalt ohne Beschwerden und in wesentlich gehobenem Ernährungszustand entlassen werden.

Ein ganz anderes Krankheitsbild bot die Patientin bei ihrem zweiten Spitalaufenthalte vom 1. December 1885 bis 23. März 1886. Anamnestisch ergab sich, dass bereits seit 5 Monaten sehr häufig, oft alle 2—3 Tage, Erbrechen aufgetreten war und zwar jeweilen einige Stunden nach dem Essen. Daneben häufiges, übelriechendes Aufstossen, doch keine eigentlichen Magenschmerzen. Am Tage vor dem Eintritt zum ersten Mal blutiges Erbrechen und zwar reichlich bis zur Ohnmachtsanwandlung. In der Nacht dann schwarzer Stuhl. Beim Eintritt wird gegen früher bedeutende Abmagerung und hochgradige Anämie constatirt. Dabei der Leib etwas aufgetrieben und die Pylorusgegend leicht druckempfindlich. Bei entsprechender Behandlung (Eisblase, flüssige Diät etc.) wiederholt sich die Blutung nicht und die Kranke erholt sich bald etwas und verträgt nach einigen Wochen auch wieder kurze Zeit consistente Nahrung. Dann aber, Anfangs Januar schon, kommt wieder häufig, oft alle paar Tage, unblutiges Erbrechen. Aufstossen, allgemeines Unbehagen, Auftreiben des Leibes plagen die Kranke, bis mehrfaches Erbrechen jeweilen Erleichterung bringt und einige Tage ordentlichen Wohlbefindens einleitet. Dabei bleibt die Kranke blass und kommt nicht mehr vorwärts in der Ernährung. Roborirende Medicamente, namentlich verschiedene Eisenpräparate, werden ganz schlecht vertragen und müssen wegbleiben. Der Magen ist deutlich erweitert, was sich sowohl percutorisch als auch bei Gelegenheit der nun angeordneten Magenspühlungen ergibt. Die letztern, zuerst täglich, dann alle 2—4 Tage ausgeführt, schaffen jedesmal Erleichterung. Einige Wochen bekommt nun die Patientin innerlich Strychnin. nitr. 0,001 pro die und wird 5 Wochen lang jeden Abend in der Magengegend faradisirt. Bei dieser Behandlung trat allmälig Besserung ein. Am 23. März kann sie entlassen werden, nachdem sie volle 14 Tage ohne Beschwerden verlebt und sich nun sichtlich erholt hat.

Am 3. Januar 1888 nun trat Patientin aufs Neue ins Spital und berichtete, es sei ihr seit ihrem Austritt circa 14 Monate recht ordentlich gegangen. Dann aber wieder Magenschmerzen und Ende October 1887 starke Hæmatemesis von zweitägiger Dauer bis zur Ohnmacht. Es musste 14 Tage bei ihr gewacht werden und 5 Wochen lag sie zu Bett bei ausschliesslicher Milchnahrung; dann allmälig Uebergang zu andern Speisen, worauf

wenige Tage vor Eintritt Erbrechen eintrat ohne Blut. Angst vor neuem Blutbrechen treibe sie ins Spital. Sie sieht sehr blass und mager aus, weit elender als früher. Foetor ex ore nach faulen Eiern. Das Abdomen ist etwas aufgetrieben und auf Druck empfindlich besonders im Epigastrium. Der Magen reicht bis fingerbreit unter die Nabellinie. Der ausgeheberte Mageninhalt riecht intensiv sauer, namentlich nach Buttersäure; daneben jedoch deutliche Salzsäurereaction. Etwas Appetit ist vorhanden. Aber bald nach jeder auch nur kleinen Mahlzeit treten heftige Schmerzen auf, so dass die Kranke nur ausserordentlich wenig zu sich nimmt. Sie wird auf Milch, Schleim und Bouillon gesetzt. Trotzdem Schmerzen und Erbrechen. Magenspühlungen bringen sofort Erleichterung, müssen aber ausgesetzt werden, da am 8. und 9. Januar wieder Blutbrechen auftritt. Nährklystiere. Innerlich nur kalte abgerahmte Milch in kleinen Mengen. Doch immer wieder heftige Cardialgien, gegen welche Antipyrininjectionen nur hie und da etwelche Erleichterung bringen. Morphium innerlich und per Injection wird ganz schlecht vertragen. Schon am 18. Januar wird wieder mit regelmässigen Magenspühlungen begonnen, welche immer für einige Stunden wenigstens Ruhe schaffen. Durch diese Spühlungen, durch Darreichung geringer Mengen von Milch und Schleim mit Fleischsolution und Application von Stuhlzäpfchen mit Morphium und Extr. bellad. gelingt es, der Patientin eine einigermaassen erträgliche Existenz zu verschaffen. Aber natürlich genügte die kümmerliche Nahrung per os, die überdies durch die Spühlungen grossentheils wieder unverdaut zu Tage gefördert wurden, und die mehrere Wochen regelmässig gesetzten Nährklystiere (*Leube-Rosenthal*) nicht, um das körperliche Gleichgewicht zu erhalten. Patientin wurde immer elender, hatte trotz aller Bemühungen noch viel Beschwerden und ging sichtlich ihrem Ende entgegen. Ich entschloss mich daher trotz des bedenklichen Allgemeinzustandes der Kranken eine Operation vorzuschlagen. Es bestand ja offenbar eine Verengerung des Pförtners und zwar, wie aus dem ganzen Verlaufe hervorging, eine Narbenstenose. Ein Tumor konnte niemals gefühlt werden. Nach Verlauf einiger Tage gab die Kranke ihre Einwilligung, so dass am 24. Februar, nachdem die letzten Tage der Magen durch Spühlungen mit Sol. acid. salic. vorbereitet worden, zur Operation geschritten werden konnte.

Ruhige Morph.-Chloroformnarcose. Sublimatantisepsis. 10 cm. langer Medianschnitt von der Mitte des Epigastriums an links um den Nabel. Anheftung des Peritoneum an die Haut durch einige Nähte. Beim Abtasten des Pylorus findet man denselben in eine circa 3—4 cm. lange und 3 cm. dicke rundliche, etwas höckerige, übrigens verschiebliche und ringsum abgegrenzte Masse verwandelt von derber Consistenz. Trotz der tumorartigen Beschaffenheit wird auf Grund des ganzen klinischen Verlaufs an der Diagnose Narbenstenose festgehalten und die in Aussicht genommene Gastro-Enterostomie ausgeführt.

Die auch diesmal nach *Wölfler* rasch ausgewählte Dünndarmschlinge wird nahe dem Pylorus an die vordere Magenwand genäht und zwar umgekehrt wie das letzte Mal so, dass der zuführende Darmtheil links, der abführende rechts liegt. Die Naht wie voriges Mal, nur wird die mittlere Nahtreihe mit Seide und nicht fortlaufend ausgeführt. Die Vereinigung der Bauchdecken machte wegen der starken Spannung der recti grosse Schwierigkeiten und gelang nur mit Hülfe weitgreifender Plattennähte, nachdem vorher Peritonealnähte, auch wenn die tiefe Fascie mitgefasst wurde, ausgerissen waren. Versenkte Catgutnähte an Peritoneum und Muskeln; Hautnaht, theilweise in die Tiefe greifend, mit Seide.

Der Heilungsverlauf war ein vollkommen glatter. Höchste Temperatur 37,4, Puls nur einmal auf 100, sonst zwischen 80 und 95. Am Abend des Operationstages etwas Singultus und unbedeutende Schmerzen im Leib. Nur Klagen über den Druck des Verbandes, über das ungewohnte ruhige Liegen und Trockenheit des Mundes. Am 3. Tage Leib etwas gespannt. Doch bald Erleichterung durch Abgang vieler Flatus nach einem Klysma. Vollkommene prima intentio. Nach 3 Wochen erstes Aufstehen. Vortreffliches Allgemeinbefinden, doch immer noch grosse Blässe. Das Körpergewicht, vor der Operation auf 38 kg., beträgt jetzt nur $37\frac{1}{2}$ kg., steigt nun aber rasch, bis 23 März auf 41, bis 30. März auf 43. Bei der Entlassung aus dem Spital steht es auf $46\frac{1}{2}$ und erreicht am 4. Mai 48 kg., ein Gewicht, das demjenigen früherer gesunder Tage entspricht. Nur einmal zur Zeit der höchsten Blüthe hatte sie 53 kg. gewogen.

Alle frühern Beschwerden sind vom Tage der Operation an ausgeblieben und die

Kranke gibt des Bestimmtesten an, dass sie sich vollständig gesund fühle und ganz normal verdaue. Sogar Speck und Sauerkraut habe sie jüngst zur Probe gegessen ohne irgend welche Beschwerden. Auch die hochgradige Anæmie, die am hartnäckigsten andauerte, zeigt eine bedeutende Besserung, nachdem die Kranke längere Zeit Ferrum mit Chinin eingenommen, was sie nun sehr gut vertrug. Der Hämoglobingehalt, am 5. April zu 35%, bestimmt, betrug am 12. Mai 85—90%.

Diese beiden Fälle reihen sich also sowohl bezüglich der Heilung überhaupt, als auch bezüglich des functionellen Resultats den günstigen Erfahrungen auf der Strassburger Klinik durchaus an und bestätigen *Rockwitz*'s Ansicht, dass die Prognose der Gastroenterostomie eine weitaus günstigere sei, als die frühern Erfahrungen es hoffen liessen.

Die Ursache der günstigen Resultate sucht *Rockwitz* wohl mit vollem Rechte darin, dass *Lücke* darauf bedacht war, die Operation in jeder Beziehung zu einer möglichst einfachen zu gestalten. Vor allen Dingen unterblieben stets jegliche Versuche der Exstirpation des erkrankten Pylorus, an welchen jedenfalls viele der frühern Fälle zu Grunde gingen. Sobald sich nach Eröffnung der Bauchhöhle beim Abtasten der Pylorusgegend einigermaassen ausgedehnte Verwachsungen oder Drüsenmetastasen vorfanden, verzichtete er von vornherein auf die radicale Pylorectomie, welche unter diesen Umständen ja doch selten den gewünschten Erfolg liefert, und schritt sofort zur Gastroenterostomie. In derselben Weise ging ich bei meinem Carcinomkranken vor. Ich hatte erwartet, früh genug zu sein, um noch die Pylorectomie ausführen zu können. Aber die enge Verbindung mit dem Pankreas, die sich vorfand, hielt mich auch von dem Versuche derselben zurück.

Ebenfalls um die Operation kürzer und einfacher zu gestalten und damit die Hauptgefahren, den Collaps und die Peritonitis zu vermeiden, hielt man sich in Strassburg nicht an die Vorschrift *Wölfler*'s, eine bestimmte Stelle des Darms, circa 40 cm. unterhalb der plica duodeno-jejunalis, zur Anheftung aufzusuchen, sondern holte einfach mit 3 Fingern eine beliebige Dünndarmschlinge aus dem kleinen Becken. „Wir verglichen," schreibt *Rockwitz*, „die hervorgezogene Darmschlinge mit einer zweiten Schlinge und nahmen diejenige für den höher gelegenen Darmabschnitt, welcher enger zu sein schien als die andere. Den engern Theil der Schlinge begrüssten wir als den zuführenden, den weitern als den abführenden Schenkel. Dann gingen wir an dem zuführenden Schenkel nach aufwärts, bis wir eine Schlinge fanden, die sich leicht ohne Drehung und Spannung in die Höhe schlagen liess." Von der Unzulänglichkeit dieser Methode selbst völlig überzeugt, macht dann *Rockwitz* den Vorschlag sich nach dem *Nothnagel*'schen Versuche durch Berührung des Darms mit einem Kochsalzkrystalle über die Richtung desselben zu orientiren. Es entsteht dabei eine peristaltische Bewegung nach oben. Man würde also von der beliebig hervorgezogenen Darmschlinge aus in der Richtung der durch den Krystall ausgelösten peristaltischen Bewegung am Darm hinaufgehen, bis man eine hoch genug gelegene Stelle erreicht hat. Die Zukunft muss lehren, wie sich dieser Vorschlag in der Praxis bewährt. Einstweilen aber möchte ich im Gegensatz zu *Rockwitz* an dem *Wölfler*'schen Verfahren, die oberste Darmschlinge direct aufzusuchen, festhalten, da mir dasselbe weniger eingreifend und zeitraubend und jedenfalls sicherer vorkommt, als die angegebenen. Es ist mir, ganz wie *Rydygier*

und *Hahn*, bei meinen zwei Fällen und auch regelmässig an der Leiche ohne Mühe gelungen, der richtigen Schlinge in kürzester Zeit habhaft zu werden, so dass ich nicht verstehe, wie man von „gefährlichen Manipulationen" sprechen kann, „die man unter diesen Umständen auszuführen gezwungen ist". Das in der Wunde vorliegende Netz sanft nach oben schiebend und mit der Linken fixirend, kam ich mit der Rechten an seiner untern Fläche tastend rasch an das Colon transversum, liess dann einige Finger unterhalb desselben am Mesocolon in die Tiefe links neben die Wirbelsäule hin gleiten, fasste dort eine Schlinge und zog sie hervor. Das eine Mal spannte sich sofort der eine Schenkel der Schlinge, die sich dadurch als die richtige zu erkennen gab; das andere Mal musste ich kaum einen halben Fuss weit dem Darme entlang gehen, um die Fixationsstelle an der Wirbelsäule nachweisen zu können. Und ganz ähnlich verliefen ausnahmslos die Versuche an der Leiche.

Nach den bisherigen Erfahrungen scheint es allerdings, wie *Rockwitz* entwickelt, überhaupt nicht von grossem Belang zu sein, in welcher Höhe des Darms die Fistel angelegt wird, indem auch Fälle mit beliebig gewählter Darmschlinge vollkommen gut functionirten und normale Verdauung zeigten. Immerhin ist es a priori sehr wahrscheinlich, dass, wenn ein sehr grosses Darmstück ausgeschaltet und also nicht mehr von Nahrungsbrei durchflossen wird, schon wegen der Kleinheit der Resorptionsfläche die Ernährung leidet, der Stoffwechsel aber auch vielleicht indirect ungünstig beeinflusst wird. Es lässt sich sehr wohl denken, dass durch den Wegfall des Reizes der Ingesta auf den Darm die Secretionsverhältnisse des Darms, wohl auch des Pankreas und der Leber wesentlich andere werden, wodurch eine erhebliche Störung im Gesammthaushalt gegeben ist. Wir müssen deshalb gewiss — auch *Rockwitz* ist übrigens soweit einverstanden — principiell daran festhalten, eine möglichst hohe Schlinge zu wählen. Und wir müssen dies um so mehr, als wir es, wie auch meine Erfahrung zeigt, auf dem von *Wölfler* angegebenen Wege leicht und sicher erreichen können. Die andern oben erwähnten Verfahren, die ein Vergleichen verschiedener Darmschlingen und ein Durchtasten eines längern Darmabschnitts nothwendig machen, kann ich durchaus nicht für schonender halten.[1])

Von grosser Wichtigkeit ist jedenfalls, dass man sich nicht ängstlich an eine bestimmte Stelle des Darms hält, sondern von den obersten Schlingen eine auswählt, die sich ohne Spannung des Mesenteriums an die vordere Magenwand anlegen lässt, damit die Compression des Colon transversum vermieden wird.

Was die Richtung des Darms betrifft, in welcher er am Magen befestigt wurde,

[1]) Soeben veröffentlicht *Lauenstein* (Centralbl. für Chir. Nr. 26) einen in dieser Beziehung sehr wichtigen und lehrreichen Fall. Eine wegen Carcinom des Pylorus unternommene Gastroenterostomie führte am 11. Tage unter den Erscheinungen acuter Entkräftung zum Tode. Unter dem Eindrucke der *Rockwitz*'schen Arbeit war eine beliebige Dünndarmschlinge gewählt worden und es stellte sich heraus, dass dieselbe nur 40 cm. über der Ileocoecalklappe lag. Der grösste Theil des Dünndarms war also ausgeschaltet. Die Ingesta verliessen kurze Zeit nach der Aufnahme den Körper nahezu unverändert in Form sehr übelriechender, copiöser, flüssiger Entleerungen. Auch *Lauenstein* räth in Folge dessen, am Aufsuchen der Plica festzuhalten, und zwar nach dem *Wölfler*'schen Verfahren, das ihm seither in einem Fall am Lebenden und auch bei Leichenversuchen ohne weiteres gelang.

Der *Nothnagel*'sche Versuch mit dem Kochsalzkrystall stellte sich *Lauenstein* als ganz unsicher dar. In dem mitgetheilten Fall war nicht eine antiperistaltische, sondern eine peristaltische Bewegung entstanden und der Darm wurde in anderer Richtung angeheftet gefunden, als man bei Lebzeiten geglaubt. In einem zweiten Fall liess sich gar keine Darmbewegung auslösen.



so lagerte ich in meinem ersten Falle die Schlinge so (nach *Wölfler*), dass der zuführende Theil rechts, der abführende links liegt, im zweiten dagegen umgekehrt, nachdem ich unterdessen von der *Rockwitz*'schen Arbeit, im Referat wenigstens, Kenntniss bekommen und mir dessen Auseinandersetzungen stichhaltig erschienen waren. Die Peristaltik des Magens und Darms soll danach dieselbe Richtung von links nach rechts haben, damit nicht wie im entgegengesetzten Falle die gegeneinander laufende Peristaltik gerade an der Fistelstelle zu Stauungen etc. führt. Uebrigens functioniren meine beiden Fisteln trotz des verschiedenen Verfahrens in vorzüglicher Weise. Der Unterschied, dass Herr W. auch jetzt noch das Gefühl hat, als bleibe die Nahrung nur kurz im Magen, während die kranke F. sich vollkommen normal andauernden Sättigungsgefühls erfreut, hat weder mit der Richtung des Darms noch etwa mit verschiedener Fistelgrösse etwas zu thun, sondern rührt einfach daher, dass die Fistel bei W. in der Annahme eines Carcinoms recht weit vom Pylorus entfernt angelegt wurde, während bei F. die Anheftung des Darms nahe am Pylorus erfolgen durfte. Diesen Unterschied zwischen carcinösen und narbigen Stricturen wird man immer machen müssen.

Ich vermeide ein weiteres Eingehen auf alle bei Ausführung und Nachbehandlung der Operation in Frage stehenden Punkte — das auf meine Fälle Bezügliche findet sich in den Krankengeschichten —, indem ich ausdrücklich auf die ausführliche und sehr lesenswerthe Arbeit von *Rockwitz* hinweise. Ich will nur noch zwei Punkte kurz berühren.

Erstens die Naht der Bauchdecken. Sie machte uns beide Male, namentlich aber im zweiten Falle (virgo) viel zu schaffen wegen der grossen Spannung der Bauchmuskeln und der knappen Bauchdecken überhaupt und trug dadurch zu der langen Dauer der Operation ganz wesentlich bei. Diese Verhältnisse werden, da es sich in der Regel um abgemagerte Individuen und ja auch häufig um Männer handelt, gerade bei dieser Operation öfter wiederkehren. Catgut als Nahtmaterial, das ich, nachdem ich seit mehreren Jahren sozusagen alles damit genäht, aus Gewohnheit im ersten Falle ausschliesslich verwendete, darf natürlich nicht oder nicht allein zur Verwendung kommen, wogegen Plattennähte, ohne welche im zweiten Falle eine Vereinigung nicht möglich gewesen wäre, wohl immer bereit zu halten sind.

Der zweite Punkt, den ich noch erwähnen wollte, betrifft die Collapserscheinungen während und nach der Operation. *Rockwitz* schildert dieselben als regelmässig eintretend und schwere, während wir dieselben in unsern Fällen vollständig vermissten und daher alle Stimulantien entbehren konnten. Es war uns geradezu auffallend, wie leicht der doch bedeutende Eingriff ertragen wurde. Woher dieser Unterschied kommt, weiss ich nicht. Von der Dauer der Operation kann es nicht abhängen, denn dieselbe war bei uns länger, 3—3½ gegen 2—2½ Stunden in Strassburg. Ob die andere Narcose Schuld ist? In Strassburg wird Dimethyl-Acetal-Chloroformmischung verwendet, bei uns in derartigen Fällen die gemischte Morphium-Chloroform-Narcose, mit welcher wir sehr zufrieden sind.

Kann es nach unserm Dafürhalten keinem Zweifel unterliegen, dass die Gastroenterostomie als eine sehr leistungsfähige Operation, die zugleich eine nur mässige

Gefahr in sich birgt, eine allgemeinere Anerkennung und Anwendung verdient, so ist vor allem ihr Verhältniss zu ihren Rivalen, speciell zu der freilich durchaus nicht gleichwerthigen Pylorectomie noch genauer festzustellen, und zwar für beide Reihen von Fällen, für carcinomatöse und für narbige Stenosen.

Für erstere glaube ich ganz den Standpunkt von *Rockwitz* einnehmen zu können. Danach bleibt für alle sicher isolirbaren Fälle von Pyloruskrebs die Exstirpation natürlich die einzig berechtigte Operation. Umgekehrt ist dieselbe contraindicirt bei Verwachsungen des Tumors mit dem Pankreas, mit der Leber, bei ausgedehnten Drüsenerkrankungen und auch, wie *R.* gewiss mit Recht beifügt, bei grosser Schwäche des Patienten, da die Pylorectomie hier, weil viel zu eingreifend, keine Aussicht auf Erfolg hat. In derartigen Fällen wird dafür immer die Bildung einer Magendünndarmfistel am Platze sein, die auch unter solchen Umständen noch recht segensreich wirken kann. Zwischen diesen Extremen mit klar ausgesprochener Indication liegt nun allerdings eine Anzahl von Fällen, wo der Tumor mehr oder weniger leichte Verwachsungen zeigt oder wo da und dort eine allenfalls noch der Exstirpation zugängliche Drüse sich findet. Auf diesem Grenzgebiet wird die Entscheidung, Pylorectomie oder Gastroenterostomie, im einzelnen Falle schwierig sein und oft von Nebenumständen, zumal auch von der Uebung des Operateurs, abhängen. Gewiss wird der Wunsch, den Kranken radical zu heilen, in erster Linie immer wieder zur Exstirpation auffordern. Nach den im Ganzen aber bezüglich Mortalität sowohl als auch bezüglich rasch eintretender Recidive wenig tröstlichen Erfolgen der Pylorectomie wird der Operateur in zweifelhaften Fällen mit derselben zurückhalten müssen, und sie nur unternehmen, wenn eine genaue Untersuchung ihn vergewissert, dass die Operation sicher im Gesunden möglich ist. Im andern Fall wird er durch die einfachere und ungefährliche Gastroenterostomie mehr nützen. Dass wir bei dieser Sachlage und in Anbetracht der grossen Schwierigkeit einer frühen Diagnose nur selten zur Pylorectomie kommen werden, ist leider durch die bisherigen Erfahrungen genügend bewiesen.

Beiläufig will ich erwähnen, dass ich selbst erst einmal im Falle war, eine Pylorectomie mit Aussicht auf Erfolg zu empfehlen und auszuführen. Der betreffende Kranke, operirt am 24. Januar 1888, kam zur Heilung und ist zur Zeit noch ohne nachweisbares Recidiv. Er hat seine Thätigkeit als Fabrikarbeiter wieder aufgenommen und ist frei von Beschwerden. Der Fall wurde, wie übrigens auch unser Patient W., in der Glarner ärztlichen Gesellschaft vorgestellt und wird im nächsten Bericht über dieselbe im Correspondenzblatt kurz referirt werden.

Wie sollen wir bei der Narbenstenose vorgehen? Es stehen uns hier neben den bereits erwähnten noch zwei andere operative Eingriffe zur Verfügung, welch' letztere allerdings erst in vereinzelten Fällen erprobt wurden. Ich meine die *Loreta*'sche Digitalerweiterung und die *Heinecke*'sche Operation (Längsschnitt durch den verengerten Pylorus und quere Vereinigung der Wunde). Die Zukunft muss lehren, welche Aussichten diese Methoden gewähren und namentlich in welchen Fällen ihre Anwendung angezeigt ist. A priori ist es wahrscheinlich, dass sie nur für besonders geartete Fälle passen, erstere vielleicht für die freilich überhaupt fraglichen Stricturen durch tonische Contraction des Schliessmuskels und

allenfalls für schmale, wenig Widerstand bietende Narbenstenosen, letztere ebenfalls für Stricturen ohne starke narbige Verdickungen, während Fälle mit ausgedehnter Induration, Fälle, in denen der Pylorus einen förmlichen, derben Tumor bildet, eventuell mit der Umgebung verwachsen ist, von beiden Operationen voraussichtlich auszuschliessen sind. Die *Loreta*'sche Dilatation mit dem durch eine Magenwunde eingeführten Finger wird in solchen hypertrophischen Fällen entweder überhaupt unmöglich sein — *Novaro* machte einmal den vergeblichen Versuch, schritt dann zur Resection des Pylorus und erzielte Heilung — oder sie bietet, auch wenn sie gelingt, nach den allgemeinen Erfahrungen mit Narbenstricturen durchaus keine Garantie vor Recidiven. Der *Heinecke*'schen Operation werden für die quere Vereinigung der rigiden Wundränder grosse Schwierigkeiten erwachsen, die eventuell partielle Excisionen und Durchtrennung von Adhäsionen nöthig machen. Dann aber wird die Operation zu einer so eingreifenden und gefahrvollen, dass sie gewiss besser durch die Gastroenterostomie ersetzt wird.

Die Erfahrungen nun über Pylorectomie und Gastroenterostomie bei narbiger Stenose sind zwar ebenfalls noch keine ausgedehnten, aber doch genügend, um uns bestimmte Anhaltspunkte für unser zukünftiges Vorgehen zu geben. In erster Linie entscheidend ist die Frage nach der Mortalität. *Saltzmann* hat bis 1886 7 Pylorectomien wegen Narbenstrictur gezählt mit 57 % Mortalität. Seither ist meines Wissens nur von *Billroth* (Mittheilung von *Salzer*) und von *Novaro* je ein Fall operirt resp. veröffentlicht worden, beide mit günstigem Ausgang. Danach haben nur ungefähr die Hälfte der Kranken die Operation überstanden, während auf 7 Gastroenterostomien wegen Narbenstenose nur 1 Todesfall (*Monastyrski*) kommt (14,3 %). Die Gefahr der Pylorectomie ist also auch bei Narbenstenose weitaus grösser und es wird demnach die Gastroenterostomie unbedingt den Vorzug verdienen, wenn sie wenigstens, in functioneller Beziehung gleichwerthig, einen bleibenden Erfolg mit derselben Sicherheit erreicht. Nun stellt allerdings die Pylorectomie der Form nach normalere Verhältnisse dar, während die Gastroenterostomie dem Nahrungsbrei einen neuen Weg anweist. Aber wie bereits erwähnt, hat diese Veränderung functionell bisher keine Nachtheile gezeigt; die Verdauung war bei den geheilten Gastroenterostomien eine vollkommen normale.

Dagegen bestehen bei der Gastroenterostomie allerdings Gefahren — diejenige einer nachträglichen Narbenstenose an der Operationsstelle kommt wohl beiden in ziemlich gleichem und zwar sehr geringem Maasse zu — welche der Pylorectomie abgehen. Ich meine die Spornbildung, welche auch nach bereits erfolgter Heilung die angelegte Fistel, speciell das abführende Darmstück, vollkommen zu verlegen im Stande ist und die Compression des Colon durch das über dasselbe hinaufgeschlagene Mesenterium. Beides hat schon den tödtlichen Ausgang unter Ileuserscheinungen herbeigeführt. Während das letzte Ereigniss, wie bereits oben erwähnt, durch richtige Wahl der Schlinge wohl in der Regel zu vermeiden ist, besitzen wir, wie *Rockwitz* mit Recht ausführt, einstweilen trotz *Wölfler*'s Vorschlag einer complicirten Klappenbildung noch kein Mittel, um die Spornbildung zu verhindern. Immerhin sind die Rathschläge *Rockwitz*'s bemerkenswerth, einmal bei der Naht möglichst schonend zu verfahren, um zu schädlichen Adhäsionen keinen

Anlass zu bieten, und zweitens die Peristaltik frühzeitig zu verwerthen, eventuell anzuregen, damit sie selber günstige Verhältnisse schaffe. Ich glaube übrigens, der Umstand, dass gleich die zweite Gastroenterostomie (*Billroth*) an der Spornbildung scheiterte, hat die Gefahr grösser erscheinen lassen, als sie ist. Wenigstens finde ich unter den nun im Ganzen 32 Fällen von Gastroenterostomie nur den einen Todesfall von *Billroth* durch Spornbildung. In einem von *Rockwitz* mitgetheilten Falle, der 1/2 Jahr nach der Operation an allgemeiner Carcinose starb, hat die Fistel ebenfalls wegen Spornbildung namentlich in der ersten Zeit nicht gut functionirt und oft zu Erbrechen, ja zu Ileuserscheinungen geführt. Dagegen scheint in einem Fall von *Kocher*, der vielleicht auch hieher gehört und bei welchem wegen Ileuserscheinungen am 3. Tag nach Wiederöffnen des Bauches der status quo ante wieder hergestellt wurde, eher eine andere, allerdings unbekannte Ursache vorgelegen zu haben. Ueberdies waren dies alles Carcinomkranke, während bei narbiger Stenose Spornbildung bisher nicht beobachtet wurde. Aber gesetzt auch, die Verlustziffer würde, wie es ja wahrscheinlich, in Zukunft durch Spornbildung und Coloncompression (auch hier 2 Beobachtungen bei Carcinom) in gleicher Weise ungünstig beeinflusst, so würde die Gesammtsterblichkeit bei der Gastroenterostomie immer noch viel kleiner ausfallen als bei der Pylorectomie.

Wir werden daher, anstatt einen narbig verengerten Pförtner zu excidiren, es ganz in der Regel vorziehen, eine Magendünndarmfistel anzulegen und zwar auch, wenn wir die Wahl haben. Die Wahl zwischen beiden Verfahren haben wir aber, wie ich glaube, nur dann, wenn es sich um einen allseitig leicht isolirbaren Pylorus handelt. Zeigt sich derselbe irgendwie mit den Nachbarorganen verwachsen, so findet die für Carcinoma pylori aufgestellte Regel hier erst recht Anwendung. Die Pylorectomie und auch Versuche zu derselben haben zu unterbleiben und die Gastroenterostomie ist die einzig richtige Operation. Auch „die Möglichkeit, die Adhäsionen im Zusammenhang mit der Serosa zurückzulassen“, derentwegen die Gastroenterostomie bei Narbenstenose immer seltener in Betracht kommen soll (*Lauenstein* im Referat der *Saltzmann*'schen Arbeit über Pylorusresection, Centralblatt für Chir. 1886, Nr. 33), wird an diesem Standpunkt nichts ändern können, da auch in dieser Weise ausgeführt, die Pylorectomie eine weit complicirtere und wegen der Blutung und langen Dauer gewiss viel gefährlichere Operation darstellt als die einfache Gastroenterostomie. Wir haben nach den bisherigen Erfahrungen entschieden die Pflicht, wenn nicht einfachere Eingriffe am Pylorus selber, wie die *Loreta*'sche Digitalerweiterung und die *Heinecke*'sche Operation, Erfolg versprechen, uns in der Regel an die Gastroenterostomie zu halten, auch wenn es sich um einen allseitig isolirbaren Pförtner handelt.

Ich möchte sagen, die Gastroenterostomie verdient bei der Narbenstenose ausnahmslos den Vorzug vor der Pylorectomie, wenn nicht ein Umstand eine gewisse Einschränkung forderte. Es ist das die Unsicherheit in der Diagnose. Thatsächlich ist auch nach Eröffnung des Leibes und Abtasten des Pylorus öfter nicht zu entscheiden, ob eine carcinomatöse Erkrankung oder eine narbige Verdickung vorliegt. So musste in einem der Strassburger Fälle die Diagnose offen bleiben; *Billroth* machte letztes Jahr bei der Diagnose Krebs eine Pylorusresection, die ein

Pylorusgeschwür ergab. *Hahn* äussert Zweifel, ob in seinem dem Chirurgencongress 1887 vorgestellten Fall von Gastroenterostomie Carcinom vorgelegen habe, da der ausserordentlich günstige Status des Patienten bereits 2 Jahre bestanden habe. Ich gestehe, dass mir jetzt, wenn ich meinen Patienten W. nach nunmehr 8 Monaten in voller Gesundheit sehe, auch Zweifel an der Diagnose Krebs aufsteigen, um so mehr, als ja verschiedene Momente — früheres Magenleiden mit dunkelfarbigen Stühlen, Nachweis von Salzsäure im Mageninhalte, ziemlich bedeutende Dilat. ventric. — eher für Narbenstenose sprechen. Es könnte sich am Ende doch um eine nach Ulcus entstandene Strictur mit Verwachsung des angrenzenden Pankreas und Induration einiger benachbarter Drüsen handeln. Demnach scheint die Unmöglichkeit einer sichern Diagnose nicht so selten vorzuliegen und wir müssen mit ihr rechnen.

Auf der einen Seite muss uns dieselbe darin bestärken, bei nicht oder nur schwierig isolirbarem Pylorus auf die Resection desselben zu verzichten und die Gastroenterostomie zu wählen, gleichviel ob Carcinom oder Narbe. In der That wäre die Erfahrung, einen Kranken nach mühsam erzwungener Pylorectomie verlieren zu müssen, doppelt betrübend, wenn sich bei derselben eine Narbenstenose herausstellte, deren Träger durch Anlage einer Magendünndarmfistel mit grosser Wahrscheinlichkeit geheilt wäre. Umgekehrt bei freiem Pylorus! Da werden wir uns, wenn Zweifel über die Natur des Tumors bestehen, zur Pylorectomie entschliessen müssen auch auf die Gefahr hin, eine einfache Narbenstenose dieser gefährlichern Operation zu unterziehen. Fast immer aber wird sich voraussichtlich die Narbenstenose wie in unserm Falle F. schon auf Grund der langen Dauer des Leidens mit aller Bestimmtheit erkennen lassen und so dürfte die Pylorectomie bei Behandlung der Narbenstenose nur für seltene Ausnahmsfälle ihre Berechtigung finden, während die Gastroenterostomie, wie die Erfahrungen jetzt liegen, dabei als die typische Operation festzuhalten ist.

Vereinsberichte.

Medicinische Gesellschaft in Basel.

Präsident: Dr. *Oeri*. — Actuar: Dr. *Dan. Bernoulli*.

Sitzung vom 16. Februar 1888.[1])

Anwesend 31 Mitglieder und 1 Gast.

Dr. *Garrè* spricht über **Hauttransplantation** nach *Thiersch*.

Bei grossen Substanzverlusten der Haut durch Verletzungen, Verbrennungen oder ein Erysipelas gangr. dauert es wochen-, ja monatelang, bis auf natürlichem Wege die Ueberhäutung zu Stande kommt. In nicht wenigen Fällen ist die Regenerationskraft der Haut nicht hinreichend, die Granulationsfläche mit Epidermis zu überziehen; es bleibt jahrelang ein Geschwür. Man nimmt an, dass die „einsäumende Ueberhäutung“, wie sie sich langsam vom Geschwürsrand her über die Granulationen vorschiebt, höchstens einen Epithelsaum von 5—6 cm. zu liefern im Stande ist. Wo an Wunden die tiefere drüsenführende Schichte noch erhalten blieb (wie dies gern bei oberflächlicher Verbrennung der Fall ist) da beginnt ebenfalls eine Production von Epithel — die als Insel inmitten der Granula-

[1]) Eingegangen den 12. Juli 1888. Red.

tionen aufschiesst und der epithelbildenden Leistung des Rete M. vom Wundrand her zu Hülfe kommt.

Immerhin ist das ein Process, der sehr lange Zeit in Anspruch nimmt und solche Patienten sind sehr lange arbeitsunfähig und bedürfen unverhältnissmässig lange ärztlicher Hülfe.

Es war deshalb ein schätzenswerther Fortschritt, als *Reverdin* in Genf im Jahre 1869 eine Methode bekannt gab, wornach er durch Ueberpflanzung flacher Hautstückchen auf dünne Granulationsflächen diesen Process der Ueberhäutung bedeutend beschleunigen konnte. Sie wissen, dass *R.* empfahl, flache, mit der Scheere abgetragene Hautstückchen von der gesunden Hautoberfläche des Patienten, sog. Greffes épidermiques, auf der gereinigten Granulationsfläche zu befestigen. Diese wuchsen an; sie bildeten eine reproductionsfähige Epidermisinsel, von der aus die Ueberhäutung vor sich ging. *Thiersch* wies nach, dass schon nach 18 Wochen die von den Gefässschlingen aus eingedrungenen Gefässchen sich injiciren lassen.

Andere Forscher gingen noch weiter: sie entnahmen die Hautstückchen Leichen 8 Stunden nach dem Tode, oder von frisch amputirten Gliedern, und hatten vollen Erfolg zu verzeichnen. Andere wieder transplantirten vom Innern einer Dermoidcyste. *v. Nussbaum* brachte Haare auf Granulationsflächen und beobachtete, dass, wenn die äussere Wundscheide vorhanden war, das Epithel weiter wucherte, sich später in Epidermis umwandelte. Die Haare fielen aus.

Mundschleimhaut (Plattenepithel), Nasenschleimhaut (Cylinderepithel), von *Dubousquet* wurde sogar Froschhaut und neuerdings von *Redard* Hühnerhaut transplantirt.

Wir haben hier den schlagendsten Beweis für die Selbstständigkeit des Zellenlebens und die grosse Bildungsfähigkeit des Epithels.

Leider sind die auf diese Weise zu Stande gekommenen Narben sehr hinfällig. Selbst nach vollendeter Ueberhäutung tritt auf die leiseste Reizung hin ein rascher Zerfall der neugebildeten Epidermis auf, der auch die bereits angeheilten Theile zum Opfer fallen. Daher ist das Verfahren gerade für die Fälle, bei welchen eine widerstandskräftige Epidermis gebildet werden soll, nicht zu brauchen.

Thiersch hat nun auf dem Chirurgen-Congress 1886 ein neues Verfahren publicirt, das vorzügliche Resultate gibt.

Er transplantirt auf frische Operationswunden unmittelbar nach der Blutstillung, oder auf granulirende Wunden nach Abschabung der Granulationen mit dem scharfen Löffel dünne Epidermisstücke, die er mit flachen Rasirmesserschnitten frisch vom lebenden Körper (am besten von Oberarm oder Oberschenkel) gewinnt. Je feiner der Schnitt ausfällt, desto besser; selbst der dünnste Schnitt enthält ausser dem Papillarkörper noch einen Theil der glatten Lage des Stromas.

Selbstverständlich wird die Haut vorher gut desinficirt, der Schnitt selbst aber nicht mit einem ätzenden Antisepticum zusammengebracht; *Th.* empfiehlt 0,6% Kochsalzlösung.

Mit solchen Schnitten wird die Wunde mosaikartig gepflastert, die Schnitte flach ausgebreitet und mit trockenem Schwamm angedrückt. Darüber kommt ein nicht klebender Deckverband: Kautschukpapier, Protectiv oder Salbe. Verbandwechsel alle 2 bis 3 Tage. Wir sehen, dass fast regelmässig eine primäre Anheilung dieser Hautstücke erfolgt, während die oberste Epithelschicht (verhornte, bereits abgestorbene Zellen) sich abstösst.

Garrè stellt 7 Fälle vor, wovon folgende 3 besonderes Interesse bieten:

1. Eine Frau von 38 Jahren, die ausgedehnte Verbrennungen der Extremitäten und des Rumpfes erlitt. Fast der ganze rechte Oberarm war eine Granulationsfläche. In 2 Malen wurde diese Fläche durch Hauttransplantation gedeckt und p. p. verheilt. Bemerkenswerth ist, dass einige Wochen nach vollendeter Heilung ein höchst plagendes Jucken in der neuen Hautdecke entstand, wogegen Assistenzarzt Dr. *Hübscher* die Massage mit fast frappantem Erfolg in Anwendung brachte.

2. Ein Junge von 15 Jahren, der in Folge einer schweren Quetschung des rechten Ellenbogens durch den gesetzten Substanzverlust eine Contractur des Ellenbogengelenks



bekam. Bei forcirter Streckung in Narcose riss die Granulationsfläche bis in den Musc. biceps ein. Bei gestreckter Extremität wurde die 20 cm. lange und 5—10 cm. breite Fläche und selbst der Muskelriss mit den Epidermisschnitten ausgekleidet. Heilung p. p. mit vollständiger und bleibender freier Beweglichkeit des Gelenkes.

3. 41jährige Frau. Eine schwere Phlegmone setzte einen ausgedehnten (ca. 1/3 der Gesammtoberfläche des rechten Unterschenkels) Hautverlust. 3. December 1887 Transplantation mit zum Theil 10—14 cm. langen und 4—6 cm. breiten Epidermisfetzen. Heilung p. p. 15. December 1887 ist Patient ausser Bett.

Ein Patient wurde vorgestellt, bei dem von Dr. *Hübscher* der Versuch gemacht wurde, Epidermisfetzen von einem Ferkel (2 Tage alt) zu transplantiren. Der Erfolg fordert zu weitern Versuchen auf, indessen behält sich Dr. *H.* weitere Mittheilungen vor.

Nicht weniger günstige Resultate weisen die Transplantationen auf frische Hautdefecte, z. B. nach Nasenplastik auf der Stirne auf. Hier wurde 1 Fall p. p. geheilt.

Ferner hat *G.* versucht, die Resultate der Operation der Syndactylie durch Anwendung der *Thiersch*'schen Transplantationen sicherer zu gestalten, indem die eine Wundfläche durch den Hautlappen, die andere aber durch einen Epidermisschnitt gedeckt wurden. Der Erfolg war im 1. Fall befriedigend, im 2. von Prof. *Socin* ausgeführten sehr gut.

Prof. *Socin* spricht über einen **Fall von einzeitiger Cholecystenterostomie.** Er bemerkt, dass von den verschiedenen Gallenblasenoperationen die obgenannte zwar schon von *Nussbaum* vorgeschlagen, aber erst von *Kappeler* kürzlich, und mit gutem Erfolg, ausgeführt worden sei. Der zweite Fall betrifft eine 51jährige, in ärmlichen Verhältnissen lebende Frau, die ihre Krankheit auf übermässigen Kartoffelgenuss zurückführt. Sie bekam vor 11 Wochen heftige Schmerzen im Unterleib während der Mahlzeit; dann nach einigen Tagen Icterus, der zunahm. Schmerz nur während der Verdauung. Schwäche, Abmagerung u. s. w. steigerten sich. Man constatirte hier sofort Broncefarbe der ganzen Haut und Schleimhäute, Trockenheit der Decke, starke Abmagerung. Der Leberrand ragt bis 1 cm. über die Spina ilei ant. sup.; in der Mitte faustgrosse, rundliche, glatte, fluctuirende, wenig empfindliche Geschwulst, leicht seitlich verschiebbar. Stuhl ohne Gallenbestandtheile, Urin mit vielen. Temperatur subfebril. Gewicht 90 Pfund. Es wurde sonach Verschluss des Ductus choledochus constatirt, die Ursache aber wurde nicht ermittelt. Keratinisirte Gallenpillen waren ohne Wirkung. Am 19. November 1887 schritt Referent ex indicatione vitali zur Operation. Nach grossem Einschnitt am Rande des M. rectus und Eröffnung der Bauchhöhle wurde die Gallenblase leicht herausgehebelt, eröffnet, und 400 ccm. Galle entleert. Da weder Gallensteine noch ein anderes Hinderniss gefunden wurden, entschloss sich Referent zur *Kappeler*'schen Operation; das Jejunum wurde vorgezogen, abgestrichen, 3 cm. weit eingeschnitten und dieser Schnitt mit dem der Gallenblase vernäht. Nach 3 Tagen erfolgte der erste Stuhl, mit scharfer Grenze in's Gallige absetzend. Der Icterus ging sofort zurück; das Gewicht hob sich bis zum 30. December auf 99 Pfund.

Derselbe spricht über **Urethroraphie.** Er wendet dieselbe bei Verletzung des bulbösen und musculären Theils der Harnröhre, wie sie ein Fall à califourchon zur Folge haben kann, in frischen Fällen an, da, wo früher die breite Eröffnung zu dem so traurigen Resultate sehr schwerer Strictur geführt hatte. *Kauffmann* hatte diese Operation schon vorgeschlagen, aber nicht ausgeführt; in Paris wurde im October 1887 die Harnröhrennaht versucht bei anderweitiger Indication. Referent dagegen verfügt über die ersten zwei Fälle, wo sofort nach der Verletzung die Naht mit gutem Erfolge angewandt wurde. Beide entstanden durch Rittlingsfall. Im ersten, einem 30jährigen Mechaniker, waren alle Weichtheile bis und mit der Fascia propria zerrissen und die Harnröhre in der Mitte der Pars bulbosa ebenfalls; die Stümpfe derselben hatten eine Distanz von 6 cm. Sie wurden einander mit einiger Spannung genähert und trotz der Zerfetzung ohne grosse Anfrischung über einen *Nélaton*'schen Catheter zusammengenäht. Der Verweilcatheter lag 3 Tage; dann wurde catheterisirt, da Urinretention da war. Später kam Patient wegen acuter Verrücktheit in die Irrenanstalt. Hier geheilt entlassen, zeigte sich noch öfters ein Hin-

derniss beim Uriniren, das auf dem Zurückbleiben eines Fadens beruhen musste. Dr. *Emil Burckhardt* fand den Faden auch mit Hilfe des Endoscops und nahm ihn weg. Jetzt ist die dickste Bougie einführbar. Die zweite Operation wurde an einem 14jährigen Knaben vorgenommen; Patient konnte in kürzester Zeit hernach spontan uriniren. — Während in diesen zwei Fällen die übrige Wunde nicht genäht, sondern mit Gaze tamponirt ward, wurde sie bei einem 11jährigen Jungen ebenfalls genäht; hier war nach dem Trauma die Urethra unter spitzem Winkel verheilt gewesen; Referent machte ein Jahr hintennach die Resection der Strictur und legte eine circuläre Naht an; bis jetzt keine Spur einer Strictur. — Alle Patienten werden vorgestellt.

Dr. *Dubler* wird zum Mitglied angenommen.

Sitzung vom 1. März 1888.

Anwesend 34 Mitglieder und 3 Gäste.

Prof. *Hagenbach* hält einen Vortrag **über Ernährung und Dyspepsie im Säuglingsalter.** (Vide Orig. im „Corr.-Blatt“, Seite 193.)

In der Discussion erinnert Prof. *Socin* auch an die desinficirende Macht der im Magen vorkommenden Salzsäure. Verwalter *Siegmund* glaubt ebenfalls an den Nutzen der sterilisirenden Mittel, hält aber auch die Zusammensetzung der Milch für wichtig. Der Unterschied der Fütterung zeigt sich auch am Fleisch nach der Schlachtung ja sehr deutlich, und die Milch nimmt die Gährungsproducte der Fütterung sehr leicht auf. *Siegmund* macht namentlich auch auf die Leichtfertigkeit der Ziegenfütterung aufmerksam. — Dr. *Schneider* schlägt den Dampfkochtopf, Prof. *Fehling* Aufkochen der Milch, Verbandwatte als Pfropfmaterial, und frisches Aufkochen beim Gebrauch zur Sterilisirung vor.

Referent bekennt sich ebenfalls als Freund der Stallhygieine. Für die ärmere Classe ist der 2½fränkige Soltmann wohl erreichbarer als der Dampfkochtopf. Die Wattepfröpfe sind auch im Kinderspital eingeführt.

Die andern Themata werden wegen vorgerückter Zeit auf die nächste Sitzung verschoben.

Sitzung vom 15. März 1888.

Anwesend 25 Mitglieder und 1 Gast.

Dr. *Lotz* verliest den **Nekrolog von Dr. A. Baader.** (Vide Original im „Corr.-Blatt“, Seite 161.)

Dr. *Widmer* schildert einen **Fall von acuter Opiumvergiftung** bei einer 47jährigen Patientin, welcher er wegen Uterinleidens Tr. opii spl. und Tr. valerianæ ana 15,0, ferner 50,0 Fluidextract der Hydrastis canadensis verordnet, welche aber in selbstmörderischer Absicht alle diese Medicamente auf's Mal zu sich genommen hatte. 2 Stunden nach dem Vorfalle verwandte Referent 10 Liter 2‰ Tanninlösung zu Magenausspülungen. Die Besserung und Genesung erfolgte sehr rasch. Referent setzt sie auf Rechnung der frühzeitigen und zweckmässigen Hilfe; auch mag die Hydrastis Magen- und Darmgefässe sehr contrahirt und dadurch die Resorption des Opium beeinträchtigt haben.

Derselbe bespricht einen **Fall von Amazie,** den er bei einer 21jährigen Magd beobachtet und in Photographie der Gesellschaft vorstellt. Während die rechte Mamma gut entwickelt war, fehlte die linke vollständig; es findet sich keine Spur einer Warze; ebenso ist der M. pectoralis schlecht entwickelt. Der übrige Körper ist normal; die internen Genitalien wurden nicht untersucht. Die Mutter dieser Person besitzt 2 normale Mammæ.

Dr. *Schwendt* referirt über die **Monographie Heryngs:** Die Heilbarkeit der Larynxphthise und ihre chirurgische Behandlung:[1])

Résumé: Die chirurgische Behandlung der tuberculösen Kehlkopfgeschwüre ist der rein palliativen vorzuziehen, weil dadurch die Dysphagie gehoben, die Er-

[1]) **Wir glauben auf eine genaue Wiedergabe des Referates verzichten zu dürfen, da sich bereits ein solches (von Dr. *Meyer-Hüni*) in diesem Blatte vorfindet. Red.**

nährung und der Allgemeinzustand des Kranken gebessert und die Fortschritte des destructiven Processes in der Lunge eine Zeit lang hintangehalten werden können.

Das Präsidium macht Mittheilung von einer Zuschrift des Herrn Dr. *Dupont* in Lausanne, welche uns auffordert, gleich der Société vaudoise gegen das englisch-schweizerische Medicinalconcordat beim Bundesrath zu protestiren. Da aber bereits die schweiz. Aerztecommission sich mit dieser Frage befasst, beschliesst die Gesellschaft keine Eingabe zu machen.

Am 19. April fand eine gesellschaftliche Vereinigung in der Kunsthalle statt.

Sitzung vom 3. Mai 1888.
Anwesend 21 Mitglieder.

Prof. *Fehling* spricht über die **Indication zur Castration,** ohne indess eine erschöpfende Darstellung geben zu wollen und von der Indication zur beiderseitigen Entfernung der normalen oder kranken Ovarien abzugehen. Die richtige Auswahl der Fälle ist deshalb sehr wichtig, weil auch beim anticipirten Climax vasomotorische und psychische Erscheinungen unangenehmer Art noch auftreten können. Dazu gebietet die Gefahr bei der Operation selbst vorerst die Wahl der leichtern Curmethoden.

Referent hat auf Grundlage von 21 Fällen, von denen keiner starb, folgende Operationsindicationen aufgestellt: 1) Fibromyome. Hier operirte er 10 Mal, worunter 6 Mal bei Ledigen, wobei rasches Wachsthum, Schmerzen, vorab jedoch Blutungen zur Operation drängten. Diese wurde in spätern Jahren immer mit Wegnahme der Tuben verbunden. Der Erfolg trat meist rasch ein, doch nicht immer vollkommen. Die Castration ist bedeutend leichter, als die Myotomie, vorab bei den geringgradigen Fällen, wie sie hier vorliegen, überdies auch ungefährlicher. 2) Infarct mit heftigen Beschwerden. Ein Fall mit unbedeutendem Erfolg. 3) Defectbildungen des Uterus, wo Blut nicht ausgeschieden wird oder nicht austreten kann. Referent citirt einen Fall letzterer Art, dessen Beschwerden durch die Operation ein rasches Ende fanden; es fanden sich hier zwei kleine rudimentäre Uteri. 4) Chronische Entzündung an oder bei den Ovarien, auch Ovarialneuralgie, wenn Arbeit und Lebensgenuss nicht mehr möglich ist. Referent operirte hier 4 Mal, worunter bei drei Ledigen. Die Skizzirung dieser Krankengeschichten zeigt, dass Menopause und Schmerzlosigkeit ganz allmälig eintraten, namentlich die Lendenmarksymptome lange bestehen blieben. 5) Neurosen, Neurasthenie, Psychosen. Hier steht *Schröder* im Gegensatz zu *Hegar*. Referent operirte 3 Mal; ein Mal bei Melancholie mit einem starkwachsenden Fibroid, wo zwar Menopause und Geschwulstabnahme erzielt wurde, die Psychose jedoch bestehen blieb; ferner bei einer menstrualen Psychose mit leichter chronischer Oophoritis, wodurch nur $^1/_2$jährige Pause der Psychose erzielt wurde; ferner bei Hysteroepilepsie, wo die Heilung nur 5 Wochen anhielt. Wegen dieser Versuche, die alle zur Unzufriedenheit ausfielen, hält Referent sich jetzt hier sehr zurück. 6) Osteomalacie. Da die *Porro*'sche Operation zur Heilung führte, stellte Referent auch diese Indication auf. Er hat bis jetzt drei Fälle so operirt, den einen kürzlich; die zwei ältern zeigen einen hübschen Erfolg.

Contraindicirt ist die Operation in dem Alter, wenn bald der natürliche Climax eintritt, und später, ferner bei acuten Entzündungen.

Die Discussion benützt Prof. *Wille*, welcher die Verwerfung der 5. Indication durch Prof. *Fehling* billigt. Denn auch durch periphere Ursachen hervorgerufene Neurosen werden nach längerm Bestande central und sind dann unheilbar; wenn auch vorübergehende längere Erfolge zu constatiren sind, so bleibt das Recidiv in über $^2/_3$ der Fälle nicht aus. —

Das Präsidium verliest einen Brief unseres frühern Mitgliedes, Herrn Dr. *Garrè*, welcher auf die Errichtung eines Denkmals für Dr. *A. Baader* sel. aufmerksam macht. Die Diskussion wird noch zurückgehalten und stellt vorläufig nur fest, dass *Baader* ein solches Denkmal nicht gewünscht hat, und dass die Grabstätte zur Aufstellung eines solchen sehr ungeeignet ist.

Geschäftliches betreffend den Lesezirkel.



Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

7. Wintersitzung den 11. Februar 1888.[1])

Präsident: Dr. *H. v. Wyss.* — Actuar: Dr. *W. Schulthess.*

I. Dr. *Wilhelm v. Muralt.* **Kleinere Mittheilungen:**

I. Filzschienen zur Behandlung der Klumpfüsse. Zur Nachbehandlung nach Redressement oder Tenotomie wendet er dieselben seit $1\frac{1}{2}$ Jahren fast ausschliesslich an. Sie werden nach *König*'s Vorschrift aus weichem Filz geschnitten, dann imprägnirt und weich gemacht, mit dem Fuss in die corrigirte Stellung umgeformt, in der sie dann hart werden. Sie sind ausserordentlich billig und haben vor dem Gypsverband den grossen Vortheil, dass sie sehr leicht sind, dass die Angehörigen sie wegnehmen, das Kind baden und nachher mit Leichtigkeit den Fuss wieder in die richtige Stellung bringen können. Sie leisten dem Durchnässen lange Zeit Widerstand.

II. *König*'s Schlitten zur Extension. An Stelle des *Volkmann*'schen Schlittenapparates (Preis circa 12—20 Fr.) verwendet er gerne die in *König*'s Lehrbuch der Chirurgie angegebene, weit billigere Dorsalschiene (Preis 4—5 Fr.) zur Behandlung von Coxitiden und Oberschenkelbrüchen. Bei sorgfältiger Bandagirung ist der Apparat den Patienten angenehmer, Spitzfussstellung wird ebenso sicher vermieden, Druck an der Ferse kommt gar nicht vor, und wenn die Matratze glatt und nicht weich ist, so gleiten die Bügel dieser Schiene auf derselben fast so leicht, wie das *Volkmann*'sche Querstück auf den prismatischen Hölzern. Es scheint ihm, es verdiene die *König*'sche Dorsalschiene ausgedehntere Verwendung, als sie bisher gefunden.

III. Trachealcanülen. Anknüpfend an die schöne gründliche Arbeit von Dr. *E. Köhl*, „Ueber die Ursachen der Erschwerung des Décanulement nach Tracheotomie im Kindesalter wegen Diphtherie“ weist er eine Reihe der von verschiedenen Seiten empfohlenen Canülen vor, und bespricht die damit im Kinderspital gemachten Erfahrungen.

a. Einfache Trachealcanülen, analog der *Lüer*'schen, einfach zum Offenhalten der Tracheotomiewunde.

1) Canüle nach *Gersuny.* („Illustr. Monatsschr. für ärztl. Polytechnik“, 1. Januar 1887.) Der tracheale Theil dieser Doppelcanüle ist geradlinig und läuft nach unten in eine Röhre von sehr geringem Caliber aus.

Der letzte Umstand spricht sehr gegen das Instrument, und die vorhandenen Vortheile (namentlich Vermeidung von Decubitus am vorderen Rand) kommen dagegen kaum in Betracht; er verwendet sie nicht mehr.

2) Schrauben-Dilatator von *Golding Bird.* Derselbe ist sehr leicht einzuführen und zu entfernen, macht allerdings bei starkem Anziehen der Schraube leicht Decubitus, eignet sich aber gut für frisch operirte Fälle bei starker Membranbildung, wenn keine grosse Schilddrüse da ist.

b. Dilatationscanülen, zu verwenden bei Granulombildung und Stenosen.

1) Schornsteincanüle nach *Dupuis* mit solidem Stiel in Hartgummi, ist nicht zweckmässig und das Material zu wenig zuverlässig.

2) Dieselbe in Metall mit röhrenförmigem Stiel in verschiedenen Modificationen ist recht gut verwendbar.

3) Schornsteincanüle nach *Schmidt* in Berlin. („Illustr. Monatsschrift“ 1887, Nr. 1608.) Der untere Schenkel des trachealen Theils steht rechtwinklig gegen den horizontalen Theil, und nach Einführung der Canüle lässt sich mit einer vom Schild aus zu bewegenden Zahnstange ein oberer trachealer Schenkel in die Höhe schieben.

4) Dilatationscanüle von *Fleiner.* („Centralbl. für chirurg. Mechanik“ 1887, Nr. 14.) Eine sehr ingeniöse Modification der *Dupuis*-Canüle. Nr. 3 und 4 sind theoretisch sehr hübsch ausgedachte Instrumente, haben sich aber practisch als vollständig unbrauchbar

[1]) Eingegangen den 22. Juni 1888. Red.

erwiesen, da sich der Mechanismus sehr rasch verschleimt und eine Entfernung unter Umständen dadurch sehr schwierig wird.

5) *Kappeler*'sche Röhrchen in vier Nummern. („Corr.-Blatt für Schweizer Aerzte" 1882, Seite 737.) Wenn auch die Einführung dieser Röhrchen oft schwierig ist, haben sie doch recht gute Dienste geleistet. (Vergl. Nachtrag.)

6) Laryngotrachealcanüle nach *Köhl* mit drei Bolzen von verschiedener Dicke (siehe dessen Arbeit). Dieselbe ist zur Zeit in einem Fall von hartnäckiger Stricturirung von Trachea und Larynx in Verwendung und scheint günstig zu wirken. Die Einführung ist leicht, die Entfernung des Bolzens aber recht schwierig, wenn die Halsfistel sich verengert hat.

Nachtrag. Den Intubationscanülen von *O'Dwyer* gegenüber verhält sich *M.* einstweilen noch zuwartend, so lange nicht bedeutend günstigere Resultate vorliegen. Wenn *Caillé* („Berl. Kl. W." 1887, Nr. 32) sagt, die unangenehmen Vorkommnisse bei der Intubation: Verschlucken der Canüle, Herabgleiten in die Trachea, Verstopfung derselben durch abgelöste Membranen, Decubitus der Kehlkopfschleimhaut können bei der Tracheotomie auch vorkommen, so bestreitet *M.* dies des Bestimmtesten, mit Ausnahme des letzten Punktes; speciell soll eine Verstopfung der Trachea durch abgelöste Membranen nicht vorkommen, und wenn sie vorkommt, kann sie sofort und sicher durch Aspiration gelöst und darf nie Ursache plötzlichen Todes werden. Diesen Nachtheilen gegenüber kommen die geringen Vortheile kaum in Betracht. Zudem geben verschiedene Beobachter *(Davidson, Northrup)* an, dass nicht nur zur Einführung, sondern zu dem noch schwierigern Herausnehmen öfter Narcose nöthig sei. Wenn übrigens die amerikanischen Beobachter die Intubation empfehlen, weil sie damit 26—28½% Genesungen erzielen, „ungefähr wie bei Tracheotomie", so ist dazu allerdings zu bemerken, dass im Ganzen die Heilungsprocente in Amerika geringe zu sein scheinen, z. B. *Lovett* und *Munro* (Boston City Hospital) von 327 Tracheotomien 29% Heilungen, dass dagegen die meisten deutschen Statistiken zwischen 36 und 40%, einzelne sogar darüber, aufweisen, ein Umstand, der sehr in's Gewicht fällt, wenn man weiss (was die Amerikaner ausdrücklich betonen), dass die Intubation viel früher ausgeführt und auch viel früher von den Angehörigen zugegeben wird, als die Tracheotomie. — Wegen der oben angeführten unangenehmen Vorkommnisse hält *M.* die Ausführung der Intubation bei diphtherischer Kehlkopfstenose nur dann für erlaubt, wenn Alles zur sofortigen Ausführung der Tracheotomie gerüstet ist, falls die Intubation eine Verstopfung der Trachea veranlassen würde.

Dagegen hält er mit *O'Dwyer* diese Methode für sehr zweckmässig bei Behandlung von Stenosen des Kehlkopfs (Granulom, Strictur, sei es in Folge von Diphtherie oder Lues). Ein z. Z. im Kinderspital mit *O'Dwyer*'s Canülen in Behandlung befindlicher, dahin gehöriger Fall zeigt sehr befriedigenden Verlauf. Für diese Fälle hält er die *O'Dwyer*'schen Canülen für eine sehr willkommene Verbesserung der *Kappeler*'schen Röhrchen.

IV. Laufstühlchen, besonders für Hüftleidende. Im Kinderspital benützt *M.* das Laufstühlchen (siehe „Berl. Klin. W.", 30. Mai 1887) seit circa ¾ Jahren zur Nachbehandlung der Hüftresection, der Coxitis überhaupt, mit und ohne *Taylor*, der Oberschenkelbrüche, Gonitiden, Paresen, überhaupt an Stelle der Krücken, oder des *Volkmann*'schen Gehbänkchens zur vollsten Zufriedenheit. Natürlich fühlen sich die Kinder darin viel sicherer als mit den Krücken. Zum Gebrauch für Kinder verschiedenen Alters hat er dasselbe zweistöckig eingerichtet und für's Zimmer mit drehbaren Rollen versehen.

V. Einige zum Theil chirurgische Lähmungen im Bereiche des Plexus brachialis. Im Verlaufe der Jahre hat *M.* eine Reihe solcher Lähmungen beobachtet, die einiges Interesse bieten dürften.

1) Intra partum acquirirte Lähmungen, sei es in Folge von Fractur, sei es in Folge von andauerndem Druck, oder theilweiser Luxation des Oberarmkopfs. Bei einem Falle ersterer Art wurde der Plexus frei gelegt und vom Callus lospräparirt, aber es trat in der Folge

trotz Unterstützung mit Electricität nur sehr unbedeutende Besserung ein. In zwei Fällen der zweiten Art konnte bei der Aufnahme im Kinderspital die Entstehungsursache der Lähmung nicht mehr sicher nachgewiesen werden; sie wurden mit dem electrischen Strom behandelt, entzogen sich aber leider bald der Beobachtung.

2) Radialislähmungen bei Fracturen am untern Ende des Schaftes, veranlasst durch directe Verletzung des Nerven durch ein Fracturende oder Verwachsung in dem Callus. In einem Falle wurde durch Loslösung des Nerven, im andern durch fortgesetzte Behandlung mit constantem Strom vollständige Heilung erzielt.

3) Lähmung von Hand und Unterarm (besonders Extensoren) in Folge von Constriction nach *Esmarch*. Anknüpfend an den Ausspruch *Nussbaum*'s in der Festschrift an *Kölliker* (Unglücke in der Chirurgie), dass man durch Mittheilung von Unglücksfällen oft mehr belehren könne, als durch Berichte über glänzende Resultate, glaubt *M.* auch solche unerwünschte Vorkommnisse zum Nutzen der Collegen erwähnen zu sollen. Eine ältere Frau wurde wegen Caries der Ulna unter Blutleere (Schlauch an der Umschlagstelle des Radialis) operirt, und zeigte sofort nachher totale Extensorenlähmung, die unter electrischer Behandlung (Dr. *v. Monakow*) sich vollständig erholte. Etwa ein halbes Jahr später kam wieder eine ältere sehr magere Frau mit kleinem ostitischem Herd am innern Knorren des Oberarms zur Operation; man war sich dabei der frühern Erfahrung wohl bewusst, legte die Binde (dies Mal nicht Schlauch) höher oben und unter geringem Anziehen an. Trotzdem nachher Lähmung im Gebiete des Radialis und Medianus. In der Hoffnung, die Function erhole sich von selbst, wartete man noch etwas zu. Als dies aber nach 8 Tagen nicht eintrat, wurde Patientin Herrn Dr. *v. Monakow* zu electrischer Behandlung zugeschickt und war in einigen Wochen vollständig geheilt.

Discussion: Prof. *Krönlein* ist der Ansicht, dass die Dorsalschiene von *König* keine Vortheile vor der *Volkmann*'schen Schiene mit Gleitbrett habe. Die Reibung ist bei der *König*'schen bedeutend grösser und eine Equinusstellung schwerer zu vermeiden. Was die demonstrirten Canülen anbetrifft, ist er wie der Vortragende der Ansicht, dass ein Theil vollständig unbrauchbar sei. So diejenige von *Gersuny* wegen der Trichterform, die *Fleiner*'sche und *Schmidt*'sche wegen zu leichter Verschleimung. Zudem wäre bei allen diesen Canülen Gefahr vorhanden, dass sie bei längerm Gebrauch leicht ruinirt würden und zerbrechen könnten. Die *Kappeler*'sche Canüle hat sich in dem bekannten Falle bewährt; ihre Application ist aber sehr complicirt und erfordert seitens des Patienten sowohl als des Operateurs eine ungemeine Energie und Ausdauer.

Das Band *Gersuny*'s erinnert in seiner Form an den *Langenbeck*'schen Mundwinkelhalter. Was die Nervenlähmungen anbetrifft, so verweist Prof. *Krönlein* auf die Abhandlung von Dr. *Albrecht*, der die Erfahrungen der hiesigen chirurgischen Klinik nach dieser Richtung gesammelt und publicirt hat. Die Luxationen intra partum acquirirt sind stets mit grosser Reserve aufzunehmen. Prof. *Kr.* kennt aus der Literatur keinen Fall, der Luxation sicher annehmen liesse. Es handelt sich wohl bei Neugebornen immer um Epiphysendivulsion.

Die Lähmungen durch Constriction wären nach der Ansicht von Prof. *Krönlein* fast vollständig zu vermeiden, wenn der Rath *Langenbeck*'s, statt des Schlauchs die Binde zu wählen, stets befolgt würde. Er hat nie eine Constrictionslähmung erfahren, nur einmal eine Vertaubung des Nerven (bei einer osteoplast. Resection des Olecranons), welche in den ersten Stunden eine vollständige Paralyse des Radialis zur Folge hatte, nach vier Tagen aber verschwunden war.

Prof. *Haab* hält das Gehstühlchen für den Anfang zur Nachbehandlung ganz gut, für die spätere Zeit möchte er aber den Krücken den Vorzug geben, weil sie eine freie Bewegung im Freien gestatten.

Dr. *W. v. Muralt* erwidert, dass die Luxation in den erwähnten Fällen nicht ausser Zweifel stand. Da bei beiden ein Callus nicht zu finden war, hielt man diese für wahrscheinlicher. In dem einen Falle von Radialislähmung wurde allerdings der Schlauch, im andern aber eine 4 cm. breite Binde gebraucht.

II. Dr. *A. Fick* spricht **„über ungleiche Accommodation beim Gesunden und Anisometropen“.** Wenn ein normales Augenpaar einen Gegenstand fixirt, so ist 1) Convergenz der Sehachsen auf den fixirten Punkt vorhanden und 2) eine bestimmte Accommodationsleistung. Eine bestimmte Sehachsenconvergenz und ein bestimmtes Quantum von Accommodationsleistung sind nun coordinatorisch so mit einander verbunden, dass sie sich gegenseitig bedingen und hervorrufen. Die Verknüpfung ist indessen keine ganz starre, so dass die Sehachsenconvergenz in gewissem Umfange spielen kann, während eine bestimmte Accommodationsquote festgehalten wird, und dass umgekehrt die Accommodation in gewissem Umfange spielen kann bei festgehaltener Convergenz. Es entsteht nun die Frage, ob auch die beiden Augen eines Augenpaares bis zu einem gewissen Grade unabhängig von einander accommodiren können. Bezüglich dieser Frage sind die Forscher zu direct widersprechenden Resultaten gelangt. Der Vortragende entscheidet diese Frage in positivem Sinne durch seinen Stereoscopleseversuch, den er eingehend beschreibt (cfr. „Corr.-Blatt für Schweizer Aerzte“, Nr. 23, 1887). Nun geht der Vortragende zu der Frage über, ob der Anisometrop im Stande sei, seine Refractionsdifferenz durch ungleiche Accommodation zu compensiren. Auch diese Frage bejaht er. Nach seiner Ansicht theilen sich die Anisometropen in

a. solche, die ihre Refractionsdifferenz durch ungleiche Accommodation ganz oder theilweise compensiren und darum die völlig corrigirende, gleiche Accommodationsquoten voraussetzende Brille nicht vertragen; und

b. in solche, die trotz ihrer Refractionsdifferenz noch die beiderseits gleiche Accommodation des normalen Augenpaares besitzen und darum die völlig corrigirende Brille sehr wohl vertragen.

Zum Beweise dieser Theorie beschreibt der Vortragende zwei eigene und drei in der Fachliteratur verzeichnete Fälle von Anisometropie.

Discussion: Prof. *Haab* frägt, ob die ungleiche Grösse der Netzhautbilder nicht als Störung des Stereoscopleseversuchs sich geltend gemacht habe.

Dr. *Fick* antwortet, dass er einen der von ihm genau untersuchten Anisometropen, einen Gymnasiasten, wiederholt gefragt und stets die Antwort erhalten hätte, die mit dem rechten und die mit dem linken Auge gesehenen Worte der Leseprobe seien zwar ungleich scharf, aber nicht merklich ungleich in der Grösse.

Prof. *Haab* äussert, dass bei Anisometropen beide Augen wahrscheinlich nicht zusammen arbeiten, so wird z. B. das stärker myopische Auge für die Nähe und das schwächer myopische für die Ferne gebraucht; ja sogar ist es möglich, dass im jugendlichen Alter dasselbe Auge bei Astigmatismus für verschiedene Meridiane verschieden accommodirt und so den Astigmatismus corrigirt. Prof. *Haab* hebt hervor, dass die Accommodation nicht so starr sei, wie man glaubt.

Dr. *Ritzmann:* Dass das Verhältniss der beiderseitigen Accommodation kein absolut untrennbares sei, beweisen ein Mal pathologische Fälle, wo ein Auge desorganisirt oder durch hochgradige Ametropie vom Sehact ausgeschlossen ist, und in diesem Falle jedenfalls die Accommodationsanstrengung des andern mitmacht, ferner der Umstand, dass sogar in demselben Auge in verschiedenen Theilen des Ciliarmuskels verschiedengradige Contraction möglich ist. Es ist auch von *Landolt* in einem Fall von Anisometropie einseitiger Accommodationskrampf beobachtet. — Für die Behandlung der Anisometropie hat diese Thatsache keinen grossen Einfluss, da wir schon jetzt fast immer davon abstrahiren, die Differenz in der Refraction auszugleichen, und da man sich in jedem einzelnen Falle in der Wahl der Gläser von den individuellen Verhältnissen und dem Gefühle des Patienten bis zu einem gewissen Grade leiten lässt.

III. Herr Dr. *Honegger* wird einstimmig in die Gesellschaft aufgenommen.

Referate und Kritiken.

Die Diagnose der Blasen- und Nierenkrankheiten mittelst der Harnleiterpincette.

Von Dr. *M. Tuchmann* in London. 136 Seiten mit 33 Abbildungen. Berlin, 1877. Verlag von Aug. Hirschwald.

Behufs Erleichterung der Differentialdiagnose der Blasen- und Nierenkrankheiten hat *T.* ein Instrument construirt, das dazu dient, die eine oder andere Ureterenmündung in der Blase zu fassen und beliebig lange verschlossen zu halten. In dieser Weise wird es möglich gemacht, den von jeder Niere abgesonderten Urin für sich gewinnen zu können. Das Instrument — Harnleiter pincette genannt — ist nach Art des Lithotriptors aus zwei Branchen gefertigt, von welchen jedoch die männliche behufs Abflusses des Urins hohl ist. — Verfasser berichtet über die gemachten Versuche und Untersuchungen, die er nicht nur an Patienten, sondern auch an sich selbst angestellt hat. (Referent, der schon in der Lage war, das Instrument anzuwenden, muss dessen meist recht schwierige Handhabung resp. Anlegung nachdrücklich betonen.) *Emil Burckhardt.*

Die Heilbarkeit der Larynxphthise und ihre chirurgische Behandlung.

Eine anatomo-pathologische und klinische Studie von Dr. *Theodor Heryng*, Vorstand der laryngologischen Abtheilung am St. Rochus-Hospital in Warschau. Mit 3 Holzschnitten und 3 lithogr. Tafeln. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke. 1887.

In eingehender, sorgfältigster Weise bespricht der in anatomischen wie klinischen Untersuchungen wohl bewanderte Laryngologe *Heryng* vorerst die histologische Entstehung der Larynxtuberculose. Sie entspringt ausnahmslos aus ächten Tuberkeln, wie längst schon *Virchow* gefunden und *Heinze* nochmals nachgewiesen hat und beruht stets auf der Einwanderung *Koch*'scher Bacillen in die Larynxmucosa. Catarrhalische Lockerung des Epithels mag die örtliche Infection begünstigen, Schwächung der Constitution deren Wirksamkeit erhöhen. Tuberculöses Bronchialsecret kann besonders ausgesetzte Kehlkopfregionen anstecken und, wohl seltener, doch nicht von der Hand zu weisen, dürfte auch von primärer Larynxtuberculose aus die Erkrankung in den Brustraum hinabsteigen. Ausführlich werden die Erosionen am Processus vocalis und ihr Verhältniss zur Tuberculose erörtert und auch die kürzlich von *Virchow* als Pachydermia laryngis verrucosa bezeichneten Veränderungen der hintern Schleimhautbezirke im Larynx histologisch und in ihrer Beziehung zu tiefer gehenden malignen Processen geprüft.

Den Uebergang zur Darlegung der localen Behandlungsmethode bilden mehrere Beobachtungen, in denen noch am Lebenden tuberculöse Geschwüre im Kehlkopfe und auch im Pharynx neben Lungentuberculose klinisch verfolgt und während ihrer Heilung beobachtet werden konnten, und wo dann am Sectionstische — der Exitus war durch die Lungenerkrankung oder Pleuritis erfolgt — die Vernarbung der Geschwüre macroscopisch und microscopisch nachweisbar war. Sicherlich ist dieser anatomische Beweis, der übrigens auch von *Krause* in Berlin in gleicher Weise und früher geführt worden ist, von fundamentalster Bedeutung.

Der Haupttheil des Werkes von *Heryng* ist den localtherapeutischen Methoden gewidmet, sowie einer auserwählten Casuistik, welche deren Wirksamkeit zur vollen Ueberzeugung darthut. Nach Einpinselung von 20% sol. aq. Cocaïn mur. oder Injection von 2—4 Tropfen einer 10% Cocaïnlösung mit Zusatz von 2% Carbolsäure in die Larynxmucosa werden die Ulcera mit 40%—80%—100% Milchsäure eingerieben, geeignete Fälle mit scharfen Löffeln ausgeschabt, infiltrirte Strecken breit incidirt, gelegentlich einige Tropfen von 10% Milchsäurelösung in den Boden eines Infiltrates injicirt, auch Injectionen mit Jodoformemulsion in geschwollene Schleimhaut versucht. In die Einzelheiten der Methoden oder in die Beschreibung der von *Heryng* angegebenen Instrumente zum Pinseln, zum Cürettement u. s. w. einzugehen, verbietet der Raum eines Referates. Wer sich nur irgendwie mit der Behandlung der Larynxphthise vertraut machen will, wird das Werk von *Heryng* nicht entbehren können, und wenn auch nicht alle Sätze des Autors ohne Weiteres zu unterschreiben sind, so findet sich doch eine solche Fülle von Arbeit und Beobachtung darin, dass das Buch für die Geschichte der Larynxphthise geradezu eine

Epoche darstellt. Allen, die sich das staunenswerthe Können der modernen Larynxtherapie in einem Gebiete aneignen wollen, das so lange als ganz unfruchtbar gegolten hat, sei das treffliche Buch von *Heryng* auf's Wärmste anempfohlen. Dr. *Rud. Meyer-Hüni.*

Die Fettleibigkeit, Lipomatosis universalis,

auf Grundlage zahlreicher Beobachtungen klinisch dargestellt von Dr. *E. Heinrich Kisch*, Universitätsprofessor zu Prag und Brunnenarzt zu Marienbad. Mit 82 Abbildungen. Stuttgart, F. Enke. 1888.

Das Ergebniss von 25 Jahren brunnenärztlicher Thätigkeit, von 10,000 Eigenbeobachtungen, von ausgedehnten Literaturstudien — es lässt sich nicht in kurze Worte fassen; dagegen ist Jedem, der sich für diese Fragen interessirt, bestens zu empfehlen, dass er sich aus diesem Buche die gewünschte Belehrung schöpfe; denn es ist übersichtlich und klar Alles behandelt, was diese Krankheit betrifft. *Seitz.*

Cloetta's Lehrbuch der Arzneimittellehre und Arzneiverordnungslehre.

Vierte umgearbeitete Auflage, herausgegeben von Prof. Dr. *W. Filehne.* Freiburg i./B., 1887, bei J. C. B. Mohr. 383 S.

An Stelle von *Cloetta*, der wegen Ueberhäufung mit Berufsgeschäften die weitere Herausgabe seines Lehrbuches abgelehnt hat, ist *Filehne* in Breslau getreten. Im Wesentlichen ist das Buch seinem Umfang, seiner Eintheilung und seiner Tendenz gleichgeblieben; dagegen ist im Einzelnen viel verändert worden (— der Styl hat gelegentlich darunter leiden müssen). Das Buch ist in erster Linie für den Studirenden und jungen Arzt geschrieben; es wird denselben durch die frische ja drastische Darstellung nützlich und lieb werden, besonders da es streitige und wunde Punkte unserer Wissenschaft geschickt zu umgehen weiss. — Die Arzneiverordnungslehre ist kurz und gut, vollständig, doch ohne Ballast. — Auch die gebräuchlichen Beigaben sind genau (Maximaldosen, Löslichkeitstabelle, Uebersicht der wichtigsten Heilquellen, Therapeutisches und Sachregister). Das Buch ist auch für den Practiker sehr empfehlenswerth. *A. Burckhardt.*

Die neuesten Fortschritte in der Desinfectionspraxis.

Von Dr. *A. Wernich.* Wiener Klinik, 1887. 10. Heft.

Der auf dem Gebiete der Desinfectionslehre bekannte Verfasser entwirft auf knappem Raume (21 Seiten) ein übersichtliches Bild des im Titel genannten Gegenstandes. In wie hohem Grade die wissenschaftliche Forschung in diesen Dingen der Praxis zu Gute gekommen ist, wird deutlich aus der Vergleichung der in der böhmischen Desinfectionsinstruction vom April 1880 enthaltenen Bestimmungen mit der ausführlich mitgetheilten Berliner „Anweisung zum Desinfectionsverfahren bei Volkskrankheiten" vom Februar 1887. Die Schrift kann Allen empfohlen werden, welche sich rasch über den gegenwärtigen Stand der Desinfectionspraxis orientiren wollen. *Lotz.*

Ueber die Diät.

Von *C. F. Kunze* in Halle a. d. S. Berlin und Leipzig, Heuser's Verlag, 1888. 88 Seiten. Preis 2 Mark.

Der durch seine Bücher über practische Medicin wohlbekannte Verfasser gibt hier ein specielles Werkchen über Diät im weitesten Sinne, wobei nämlich nicht nur die Auswahl und der relative Werth der eigentlichen Nahrungsmittel, sondern ebenso die an Stelle solcher getretenen Genussmittel berücksichtigt werden, namentlich die verschiedenen Getränke. Eingehendere Besprechung finden: Das Fleisch in seiner mannigfachen Verwendungsweise, die Milch und ihre Producte, Eier und — Caviar! welchen *K.* als einen ausserordentlich nahrhaften Artikel anpreist. Auch unter den Gemüsen finden mehrere nähere Berücksichtigung. — In weiterm Sinne ist nun auch die Luft als zum Gegenstand gehörig bezeichnet und dem entsprechend werden ihre Anomalien, besonders ihre Verunreinigungen, eingehender gewürdigt. Gewohnheiten und Arbeit haben nicht am wenigsten zu bedeuten in Bezug auf Diät. Zum Schluss folgen speciellere Regeln für gewisse Krankheitszustände. — Das kleine Buch kann unter manchen Umständen ein werthvoller Rathgeber werden und füllt bei der geringen Zahl rein diätetischer Werke immerhin für den practischen Arzt eine Lücke aus. *Trechsel.*

Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie.

Von Prof. Dr. *H. Fischer* in Breslau. Verlag von F. Enke, Stuttgart.

Der Verfasser hat uns in vorliegendem Werke eine sehr verdankenswerthe Arbeit geliefert — wir finden darin eine Fülle chirurgischen Wissens und chirurgischer Erfahrung.

Das Material ist in 11 Capiteln abgehandelt, die jeweilen mit einem kurzen historischen Rückblick auf die Entwicklung der Lehre, die früheren Anschauungen und Theorien beginnen. Es werden uns da interessante Daten enthüllt. Die Darlegung des heutigen Standpunktes unserer Wissenschaft entbehrt in vieler Beziehung der einheitlichen Durcharbeitung und vor Allem einer natürlichen Gliederung und Eintheilung des Stoffes. Dadurch wird das Ganze, trotz der interessanten Details, die eingeflochten sind und trotz der vielfachen Abschweifungen auf's Gebiet der speciellen Chirurgie (gewissermaassen zur Illustration) und trotz der klaren und bündigen Darstellungsweise doch schwer geniessbar. Und gerade ein Lehrbuch sollte vor Allem sich durch eine einheitliche Gliederung des Stoffes auszeichnen. Dazu kommt noch, dass das Buch 900 Seiten stark ist. Entschieden zu voluminös für den Studirenden!

Wenn auch der Inhalt mit dem Titel in Contrast steht, so bleiben die Vorzüge dieser Arbeit nichts destoweniger bestehen und es sind dies: die klare Darstellung, eine reiche, sehr schätzenswerthe Compilation wichtiger Daten, eine gewissenhafte Citation der Autoren mit Berücksichtigung der neuesten Literatur.

Wir können das Werk somit dem Arzte empfehlen, der bereits im Besitze eines Grundstockes allgemeinen chirurgischen Wissens ist, als Nachschlagewerk und zur Erweiterung seiner Kenntnisse.

101 gelungene Abbildungen illustriren den Text. — Die Ausstattung ist gut.

Garrè.

Die Behandlung der Verwundeten im Kriege der Niederländer gegen das Sultanat Atjeh.

Von Dr. *H. Erni-Greiffenberg.* — Verlag von Benno Schwabe, Basel.

Eine sehr anziehend geschriebene Broschüre von 75 Seiten. In der ersten Hälfte erfahren wir zwar nicht viel von Wundbehandlung, dafür aber lesenswerthe Notizen über den wechselvollen Gang des Atjehkrieges, über Land und Leute, Truppenverpflegung, das Sanitätspersonal und seine Stellung, über Erstellung und Einrichtung der Barackenspitäler, und über die Waffen der Atjeher.

Erst die zweite Hälfte wird dem Titel gerecht. Statt trocken aneinander gereihter Krankengeschichten finden wir hier die Erfahrungen unseres Schweizer Collegen, die er in mehrjährigem Dienste auf den Schlachtfeldern Atjeh's zu sammeln Gelegenheit hatte, in freier Form vorgetragen und allgemeine Gesichtspunkte jeweilen anschaulich durch interessante Beispiele belegt.

E. konnte die antiseptische Wundbehandlung durchführen, und zwar versuchte er stets die Schusswunden unter dem Jodoformschorf zur primären Verklebung zu führen, ohne Rücksicht auf Blutung, Splitterung oder Fremdkörper. Das gelang in den meisten Fällen, wo auf dem Schlachtfelde der provisorische Jodoform-Verband angelegt werden konnte. Die Resultate sind (in Uebereinstimmung mit den Erfahrungen aus dem serbisch-bulgarischen Kriege) überraschend gut, für die Schusswunden nicht weniger, als für die in grosser Zahl und seltenerer Art zur Beobachtung gekommenen Hiebwunden.

Der Schrift sind zwei Kartenskizzen beigegeben. *Garrè.*

Ueber hypnotische Suggestion, deren Wesen, deren klinische und strafrechtliche Bedeutung.

Von *Joh. G. Sallis.* 1888. 53 S. Preis 1 Mark 50 Pf.

Der thierische Magnetismus (Hypnotismus) und seine Genese.

Von *Joh. G. Sallis.* 108 Seiten. 1887. Preis Fr. 2. 70.

Beide Schriften geben weder eine vollständige Uebersicht über die neuern Arbeiten auf dem Gebiete des Hypnotismus, noch eine planmässige Auswahl des Stoffes, welche geeignet wäre, den Unkundigen in die Materie einzuführen. — Nachdem Verfasser im erstern Werkchen die Methoden (hier fehlt z. B. die wichtigste, die verbale Suggestion nach *Liébeault*) und Phänomene des Hypnotismus besprochen, gibt er eine grössere Zusam-

menstellung schon publicirter therapeutischer Resultate, ohne Neues hinzuzufügen, obschon Verfasser eine grössere eigene Erfahrung besitzt. Hierauf werden eine Anzahl civil- und strafrechtlicher Schwierigkeiten, welche durch die verbreitete Kenntniss der Hypnose entstanden sind, kurz erwähnt.

Letzterer Abschnitt bringt zwar weder originelle Lösungen noch eine klare Zusammenstellung der bis jetzt herrschenden Ansichten, hat aber, bei der ausgedehnten Anführung der Litteratur, doch einen gewissen Werth, da die gesetzliche Regulirung der Hypnose nun dringend wird. Vom juristischen Standpunkt aus hat vor Kurzem Prof. *v. Lilienthal* [1]) nachgewiesen, dass die deutschen (und wohl auch die schweizerischen) Gesetze genügen, um jedes erwiesene, vermittelst der Hypnose vollführte Verbrechen zu bestrafen. Eine baldige Beantwortung aber verlangten die Fragen: wie kann man solchen Verbrechen vorbeugen? wie werden Schädigungen durch ungeschicktes Hypnotisiren am besten vermieden? wie schützt sich der Hypnotiseur selbst vor falschen Anschuldigungen? Da die Hypnose ein wichtiges therapeutisches Agens ist, auf das man nicht mehr verzichten wird, da sie aber bei unrichtiger Anwendung vielen Schaden anstiften kann, ist sie durchaus den therapeutisch verwendbaren Giften an die Seite zu stellen. Aus diesem Grunde und weil zudem ein Theil der Gefahren (z. B. auf die Athemmuskeln sich ausdehnende Contracturen, Herzschwäche u. dgl.) nur vom Arzte zu erkennen sind, sollte die Hypnose ausschliesslich von patentirten Aerzten angewendet werden dürfen, welche ihre Wirkung und Anwendung zu studiren haben, so gut wie die Anwendung der Alcaloïde. Um aber auch dann vor Missbrauch sicher zu sein, und um zugleich den Arzt vor falschen Anschuldigungen zu schützen, sollte das Gesetz die Anwesenheit wenigstens Eines Zeugen verlangen und ferner diejenigen Fälle bestimmen, wo Patienten gegen ihren Willen (z. B. Geisteskranke, Alcoholiker) hypnotisirt werden dürfen.

Die zweitgenannte Schrift bespricht in ganz ähnlicher Weise das Nämliche, aber mit Hinzufügung einer Art Geschichte des Hypnotismus in Europa und einer Zusammenstellung von Berichten über ähnliche Einwirkungen. Diese Abschnitte bilden das Hauptinteresse der Broschüre, besonders da viel Litteratur angeführt ist. — Dass Verfasser — in recht unklarer Weise — die Wirkungen der Massage mit denjenigen der Hypnose fast identificirt, wird wohl keine Billigung erhalten.

Derjenige, der sich über den jetzigen Stand des Hypnotismus in Kürze orientiren will, wird sich lieber an *Obersteiner* und die andern pag. 25 des „Corr.-Blattes“, Jahrg. 1888, erwähnten Schriften halten, als an die vorliegende. *Bleuler.*

Ueber die kriegschirurgischen Hilfsleistungen in der ersten und zweiten Linie.

Von Regimentsarzt Dr. *Alex. Fraenkel.* Wiener Klinik, 11. und 12. Heft. November-December 1887. Redigirt von Dr. *Anton Bum.* Wien, Urban & Schwarzenberg, 1887.

Verfasser, welcher während des serbisch-bulgarischen Krieges in den Spitälern von Belgrad Gelegenheit hatte, die moderne Kriegschirurgie practisch kennen zu lernen, gibt in den vorliegenden Vorträgen eine cursorische Besprechung der verschiedenen Instanzen des Feldsanitätsdienstes von der Feuerlinie an bis zum Feldspital und der dabei zu Gebote stehenden Hilfsmittel. Nebenbei werden die Projectilwirkungen nach den neuesten Theorien besprochen und die antiseptische Behandlung der hauptsächlichen Arten von Schusswunden an Beispielen erläutert.

Der oberste Grundsatz aller chirurgischen Thätigkeit im Felde muss sein, sich jeglicher nicht absolut nöthiger Eingriffe an den von vornherein als aseptisch anzunehmenden Schusswunden zu enthalten. Die ärztliche Hilfe hat sich also darauf zu beschränken, durch Fernhaltung jeglicher Contactinfection den aseptischen Charakter der Wunde zu erhalten. Dieser Satz gilt für alle Instanzen bis in das Feldspital, wo dann allerdings unter geregelteren Verhältnissen eine durch Blutung, Fieber etc. indicirte genauere Untersuchung der Wundverhältnisse am Platze sein kann. Im serbisch-bulgarischen Kriege heilten gerade diejenigen Schussverletzungen am besten, welche bis zu ihrer Aufnahme in die festen Spitäler gar nie ärztlich waren behandelt worden!

---

[1]) Der Hypnotismus und das Strafrecht, 1887. 114 Seiten.



Auf dem Verbandplatze ist also nur für die antiseptische Occlusion der Wunden und die Immobilisation der Schussfracturen zum Zwecke des Weitertransportes zu sorgen. Blutungen werden durch Tamponade eventuell durch elastische Umschnürung provisorisch gestillt.

Den Nutzen der den Soldaten mitgegebenen Verbandpäckchen sieht Verfasser hauptsächlich darin, dass durch diese Einrichtung ein vorzeitiges Ausgehen des Verbandmaterials unmöglich gemacht wird. Da die deutschen Verbandpäckchen durch längeres Aufbewahren ihren Sublimatgehalt verlieren sollen, plaidirt Verfasser für das dauernd wirksame, nicht flüchtige (?) Jodoform, am besten in Form von Jodoformmull in ganz dünnen Blechhülsen verpackt, oder für die von *Laplace* vorgeschlagene Verbindung von Sublimat mit Weinsäure.

Gerade die Jodoformbehandlung hat übrigens in dem erwähnten serbischen Feldzuge äusserst günstige Resultate ergeben. Unter 114 Fällen von complicirten Fracturen und Gelenkschüssen kam kein Todesfall vor und wurde keine einzige Amputation nöthig. Es starben überhaupt nur 2% der Verwundeten in den Reservespitälern.

„Repetirgewehr und Antiseptik werden sich in einem künftigen Kriege zu messen haben. Die Antiseptik wird siegen!" — *Münch.*

Cantonale Correspondenzen.

Bern. Zur Discussion über die Zweckmässigkeit der Aethernarcose. In Nr. 13 unseres „Correspondenzblattes" bespricht Herr Dr. *Dumont* meine im Jahre 1882 im *Gerhardt*'schen Handbuch der Kinderkrankheiten erschienene und jüngst seitens der Verlags-Buchhandlung in unverändertem Separatabdruck[1]) herausgegebene Bearbeitung der Anwendung der Anaesthetica im Kindesalter.

Es lässt sich wohl nichts dagegen einwenden, dass die *Laupp*'sche Verlagsbuchhandlung eine Reihe der dem *Gerhardt*'schen Handbuche der Kinderkrankheiten zugehörenden monographischen Bearbeitungen als Separatabdruck erscheinen lässt. Dagegen muss ich hier mein Befremden und aufrichtiges Bedauern darüber aussprechen, dass die genannte Verlagshandlung — wenigstens nach ihrem Verhalten mir gegenüber zu schliessen — es unterlassen hat, die von diesem Separatabdruck betroffenen Autoren um eine Revision ihrer diesbezüglichen Manuscripte zu ersuchen. Was vor nahezu 9 Jahren[2]) geschrieben wurde, dürfte mit Rücksicht auf die täglich sich häufenden, zum Theil sehr bemerkenswerthen wissenschaftlichen Veröffentlichungen zum Mindesten einer sorgfältigen Durchsicht und Ergänzung, ja nach mancher Richtung hin einer vollständigen Umarbeitung bedürfen.

So bin ich durch das diesen Standpunkt negirende Vorgehen der *Laupp*'schen Verlagshandlung leider ebenfalls nicht in der Lage gewesen, meine gegenwärtige Anschauung über die Zweckmässigkeit der Aethernarcose für das Kindesalter darzulegen. Ich halte mich deshalb hier, namentlich auch mit Rücksicht auf das vollkommen sachliche Referat meines geehrten Collegen Dr. *Dumont* zu folgenden, meine obengenannte Bearbeitung der Anæsthetica ergänzenden Bemerkungen verpflichtet:

„Die daselbst mitgetheilten, vor 10 Jahren vorgenommenen experimentellen Untersuchungen und darauf gegründeten Schlussfolgerungen bezüglich der Aethernarcose im Kindesalter beziehen sich auf die damals bei der Aetherisirung übliche langsame Zufuhr reichlich mit atmosphärischer Luft gemischter Aetherdämpfe und zwar mittelst der zu jener Zeit gebräuchlichen Apparate von *Clover*, von *Hawksley* u. A., oder mittelst des *Warrington Haward*'schen Conus. Die Anwendung der besonders von *Juillard* in Genf, von *Roux* in Lausanne, von *Dumont* und *Fueter*[3]) in Bern u. A. befürworteten raschen Zufuhr sehr concentrirter Aetherdämpfe[3]) belehrte mich zunächst

---

[1]) Die chirurgischen Erkrankungen des Kindesalters. Erster Theil. Separatausgabe aus *Gerhardt*'s Handbuch der Kinderkrankheiten. Tübingen, 1887. *Laupp*'sche Buchhandlung.

[2]) Das betreffende Manuscript musste schon im Jahre 1879 an die Verlagshandlung abgeliefert werden. Vergl. hierüber die eingehende Besprechung meiner vorliegenden Arbeit durch unsern verehrten Collegen, Herrn Dr. *Kappeler* in Münsterlingen. („Corr.-Blatt für Schweizer-Aerzte", Jahrgang 1882, pag. 529.)

[3]) Ich hatte ebenfalls Gelegenheit, mich im Laufe einer von Herrn Dr. *Fueter* im Berner pharmacologischen Institute ausgeführten Untersuchungsreihe „über den Einfluss der Aethernarcose auf die Nieren" von der Raschheit und Ungefährlichkeit der Aethernarcose auch bei Thieren zu überzeugen.

darüber, dass die vollkommene Anaesthesirung auch der Kinder mit Aether wohl ebenso rasch und leicht als mit Chloroform zu bewerkstelligen ist.

Was nun die Frage nach der geringeren Gefährlichkeit der Aether- oder der Chloroformnarcose, und zwar sowohl für Erwachsene als Kinder anbetrifft, so scheint mir in dieser Beziehung zur gegenwärtigen Zeit, so weit mir das betreffende Material [1]) zur Beurtheilung zugänglich ist, die nach der *Juillard*'schen Methode ausgeführte Aethernarcose für die überwiegende Zahl der zu Anæsthesirenden den Vorzug zu verdienen.[2]) Immerhin dürfte es zweckmässig sein, bezüglich der definitiven Entscheidung dieser seit der Entdeckung der Aethernarcose so vielfach ventilirten Frage die Zusammenstellung noch ausgedehnterer, die neue Methode der Aetherisation betreffender Beobachtungsreihen abzuwarten."

Bern, 20. Juli 1888. *Demme.*

Graubünden. Der Beschluss des Grossen Rathes fremde Aerzte betreffend hat manchenorts unangenehm berührt angesichts der fortwährenden Chicanen, die unsere Nachbaren, die Italiener ausgenommen, Schweizer Aerzten bereiten, die bei ihnen practiciren wollen. Thatsächlich ist aber der Beschluss des Grossen Rathes nicht so schlimm; er wurde eigentlich aus persönlichen Rücksichten gegenüber zweien englischen Aerzten gefasst, von denen der eine Einheimischen noch keine Concurrenz gemacht, der andere sich um einen Curort Verdienste erworben hatte.

Der Beschluss des Grossen Rathes lautet dahin, der Sanitätsrath dürfe ausnahmsweise, wenn es die Interessen des Fremdenverkehrs erfordern, fremden Aerzten gegen Vorweisen ihrer heimathlichen Patente die Erlaubniss zur Fremdenpraxis ertheilen. Es liegt daher ganz in den Händen des Sanitätsrathes, auf einheimische Aerzte Rücksicht zu nehmen oder nicht. Der Sanitätsrath hat zu entscheiden, ob ein Curort, an welchem sich ein Gesuchsteller niederlassen will, mit thätigen, fach- und sprachlich gebildeten Aerzten schon zur Genüge versehen ist oder ob ein fremder Arzt dem betreffenden Ort noth thut. Es wird sich daher factisch auch kaum um andere als englische Aerzte handeln können. In England ist noch kein Schweizer Arzt chicanirt worden; man war daher dort sehr erbittert über die „Verfolgung" englischer Aerzte bei uns. Durch den Beschluss des Grossen Rathes hat sich diese Aufregung gelegt und wird man nächstens den Versuch wagen dürfen, die Angelegenheit vor dem englischen Aerztepublicum zu erläutern und auch darzuthun, dass wir uns nie für eine Reciprocität mit England allein bereden lassen werden; es wäre sogar sehr fraglich, ob uns eine internationale Reciprocität conveniren würde.

Für die einheimischen Aerzte ist der Beschluss des Grossen Rathes ein neuer Stimulus. Wer sich nicht immer fortbildet, mit der ausländischen Fachlitteratur nicht vertraut macht, sich sprachlich und gesellschaftlich vernachlässigt, riskirt, fremde, nicht erbetene Hülfe zu bekommen.

In dem einzelnen Falle zu entscheiden, ob der betreffende Curort ausser den schon vorhandenen Kräften noch eines ausländischen Arztes bedarf, ist nicht so schwierig als es scheinen mag: in dubio pro Rhæto. Dem Gesuchsteller oder seinem Wirth steht ja noch immer der Recurs an den Kleinen oder Grossen Rath offen.

Eine nothwendige Consequenz des Grossraths-Beschlusses fordert, dass der Sanitätsrath die Erlaubniss zur Praxis örtlich beschränken muss. Man kann jeweilen nur für einen bestimmten Curort die Frage entscheiden, ob er eines ausländischen Arztes bedürftig sei; die Erlaubniss zur Praxis kann also nur für den betreffenden Ort ertheilt werden. Sonst könnte ja Einer kommen und sagen, er wolle Avers oder Münsterthal mit Curgästen füllen und nach erhaltener Erlaubniss der Praxis in Davos oder im Oberengadin reife Aehren sammeln auf Feldern, die er nicht gepflügt. *J. M. L.*

---

[1]) Besonders überzeugend erscheint mir in dieser Beziehung die von Herrn Dr. *Fueter* in seiner äusserst fleissig gearbeiteten Dissertation gegebene, auf sehr eingehender, gewissenhafter Beobachtung beruhende Zusammenstellung von 150 von ihm geleiteter Aethernarcosen. Die betreffenden operativen Eingriffe wurden von Herrn Dr. *Dumont* (Wartheim) ausgeführt.

[2]) Für das früheste Kindesalter sind wohl die seiner Zeit von mir bezüglich der Aetherisation angegebenen bedingungsweisen Contraindicationen (Dentition, catarrhalische Reizungszustände der Respirationsschleimhaut, Neigung zu Hirncongestionen) aufrecht zu erhalten.



Nachsatz der Redaction: Bei aller Achtung vor der Toleranz des Herrn Einsenders theilen wir seinen Standpunkt doch durchaus nicht. Es geschieht aus Rechts- und Billigkeitsgefühl und nicht „aus Chicane", wenn wir von Ausländern verlangen, dass sie, um innerhalb der Grenzen unseres Vaterlandes practiciren zu dürfen, das eidgenössische Diplom sich erwerben müssen. Der Beschluss des bündnerischen Grossen Rathes ist ein Loch in diese Bestimmung, das jederzeit nach Belieben weiter gemacht werden kann und es ist eine Gefahr und ein Unrecht, wenn man die mühsam erkämpfte und angestrebte Regelung des schweizerischen Sanitätswesens durch cantonale Erlasse unterminirt und illusorisch macht. Uns Schweizer lässt man nirgends im Auslande ohne Diplom des betreffenden Staates practiciren; wir verlangen nichts als gleiche Elle, und wenn wir immer noch schwach genug sind, den einen oder andern Curarzt „besonderer Umstände wegen" ohne eidgenössischen Prüfungsausweis durchschlüpfen zu lassen, so wird unsere Schwäche zum Gespötte des Auslandes. Dies ist auch der Standpunkt der objectiven ausländischen Presse.

Zürich. Schon alle erdenkliche Mühe habe ich mir gegeben, ein zum Mitnehmen von Campheräther taugliches Gefäss zu bekommen: von den gewöhnlichen Medicinfläschchen mit Korkzapfen bis zu den feinst gearbeiteten Glasgefässen mit aufschraubbarer Metallcapsel, Verschlüsse mit Hart- und Weichkautschuk, alle sind durchlässig für die sehr flüchtige Lösung; um den Verschluss setzt sich der Campher in Krusten ab, und in den seltenen Fällen, wo eine subcutane Campherinjection indicirt ist, findet man in seiner Tasche ein leeres oder nahezu leeres Fläschchen. Es wäre nun denkbar, dass der eine oder andere practicus campestris eine rationelle Transportweise des Campheräthers bereits als bewährt gefunden hat und ein solcher wohl die Bitte nicht unerhört lassen würde, zu Nutz und Frommen seiner Collegen oder deren Patienten mit gutem Rathe zu helfen. *Sigg.*

Ich mache die gleichen unangenehmen Erfahrungen. Veranlasst durch obige Anfrage habe ich über die Sache nachgedacht und kam zu folgendem Resultate, das sich denn auch practisch bewährt:

Das für Campheräther bestimmte Fläschchen wird nur zu ca. $^2/_3$ mit dieser Flüssigkeit gefüllt; dann giesst man etwas Glycerin nach und schliesst mit Kork- oder Glasstöpsel ab und bewahrt das Fläschchen in einer Blechhülse so zwar, dass es auf dem Kopf steht.

Glycerin ist in Aether unlöslich, ist specifisch schwerer als dieser und bildet also in dem auf dem Kopfe stehenden Fläschchen einen zuverlässigen trägen Abschluss des Campheräthers gegen die Aussenwelt. Man muss dafür sorgen, dass das Fläschchen nie ganz gefüllt ist, sondern stets noch etwas Luft enthält, deren Elasticität Temperaturschwankungen erträgt, ohne dass der Stöpsel je hinausgetrieben wird. Auf diese Weise ist die Verdunstung absolut gehemmt. *E. H.*

Wochenbericht.

Schweiz.

Bern. Als Nachfolger des nach Königsberg berufenen Prof. Dr. *Lichtheim* wurde von der Regierung gewählt: Dr. *H. Sahli* in Bern. Neben ihm waren von der medicinischen Facultät vorgeschlagen worden die Herren *Schultze* (Dorpat) und *Kast* (Freiburg i./Br.). Dem Gewählten, einem der getreusten Mitarbeiter unseres Blattes, und der medicinischen Facultät Bern unsere aufrichtigen und herzlichsten Glückswünsche.

— **Schweizer. Naturforscherfest**, 5.—8. August in Solothurn. (Cfr. Nr. 11 des „Corr.-Bl.") Die Vorstände der medicinischen Gesellschaft des Cantons Solothurn und des Vereines jüngerer Aerzte und Apotheker der Cantone Bern und Solothurn laden zur Theilnahme an der Sitzung der medicinischen Section ein. Dieselbe findet Dienstag den 7. August, Morgens 8 Uhr, im Cantonsrathssaale unter dem Präsidium von Dr. *A. Kottmann* statt.

Tagesordnung:

8—10 und 11—1 Uhr Vorträge und Demonstrationen der HH. Professoren und Doctoren *His*, *Lichtheim*, *Kronecker*, *Kaufmann*, *Kollmann*, *Emmert*, *Haffter*, *Hammerschlag* etc.

10—11 Uhr Frühschoppen, angeboten von Dr. *A. Kollmann*.

1½ Uhr, gemeinschaftlich mit den Naturforschern: Bankett im Gasthof zur Krone; nachher Festfahrt nach Biberist .und Gerlafingen zur Besichtigung der Papierfabrik und der Eisenwerke und zum Waldfeste im Altisberg, arrangirt von den beiden industriellen Etablissementen.

8 Uhr Rückfahrt nach Solothurn mit Extrazug.

Um den Aerzten, welche nicht das ganze Fest mitmachen können, den Besuch zu erleichtern, gibt die naturforschende Gesellschaft für Dienstag Tageskarten zu 6 Fr. aus, welche zur Theilnahme am Bankett und an der Festfahrt ermächtigen. — Wir wünschen recht rege Theilnahme und genussreiche Festtage!

Ausland.

— Anlässlich der **800jährigen Jubiläumsfeier der Universität zu Bologna** wurden von Medicinern deutscher Zunge zu Ehrendoctoren promovirt:

v. Liebermeister (Tübingen), *Schiff* (Genf), *Maassen* (Wien), *R. Virchow*, *R. Koch*, *O. Hertwig* (Berlin), *v. Kölliker* (Würzburg), *v. Pettenkofer* (München), *Ludwig* (Leipzig), *Billroth* (Wien).

— **Geheimmittelunwesen.** Der deutsche Aerzteverein hat die Regelung dieser Frage auf sein diesjähriges Programm genommen. Die Geschäftscommission hat folgende Thesen aufgestellt:

1) Das öffentliche Ankündigen und Anpreisen von Geheimmitteln ist, auch wenn deren Zusammensetzung bekannt ist, zu verbieten.

2) Der Verkauf sog. Geheimmittel ausserhalb der Apotheken muss noch vollständiger eingeschränkt werden, als bis jetzt.

3) Es sind unzweideutige Bestimmungen zu erlassen, dahin gehend, dass der Geheimmittelhandel in gesetzlichen Schranken gehalten werde.

4) Es ist nothwendig, diese Bestimmungen auch auf den Grosshandel mit Geheimmitteln auszudehnen.

Die Leser und Collegen werden mit Recht denken, dass diese Frage auch wieder einmal auf die Tractandenliste der schweizerischen Aerzteversammlungen gehörte. Indess werden wir darin, wie in andern wunden Punkten unserer Sanitätspolizei, kaum etwas Erspriessliches erreichen, so lange die einzelnen Cantone uncontrollirt sich an gesetzliche Bestimmungen halten können oder auch nicht, so lange wir nicht dasjenige haben, was in Lausanne discutirt und angestrebt wurde und was weiterhin Gegenstand unserer Tractandenlisten bleiben wird, ein eidgenössisches Gesundheitsamt.

— **Behandlung des Erysipels.** Als ergänzender Nachtrag zu dem in Nr. 4, p. 127 dieser Zeitschrift gegebenen Résumé über Aetiologie und Therapie des Erysipels mag hier ein kurzes Referat über eine neulich von Prof. *Wœlfler* in Graz empfohlene Behandlungsmethode — die er die mechanische nennt — Platz finden.

Wœlfler's Methode basirt auf der Ausübung von Druck auf die Haut rings um das Ausbreitungsgebiet des Erysipels. Er verwendet daumenbreite Streifen amerikanischen Heftpflasters, die er nahe der Erysipelgrenze als comprimirende Ringe anlegt.

Unter 24 Fällen, bei welchen zur Compression Traumaticinringe (Guttaperchapapierstreifen, mittelst Chloroform an die Haut geklebt) benützt worden waren, kam es fünfmal zur Ueberschreitung der künstlichen Barrière durch das Erysipel. Bei 4 mit amerikanischem Heftpflaster behandelten Fällen war der Erfolg ein ganz eclatanter. „In jedem dieser Fälle erlosch das Erysipel vor dem Heftpflasterstreifen und überschritt denselben nicht. Das Fieber fiel bald ab und der Krankheitsprocess war damit beendigt.“

W. glaubt, dass der durch die Heftpflasterstreifen gesetzte Druck der Ausbreitung der Coccen in den Lymphbahnen der Haut ein Hinderniss entgegensetzt.

Diese Methode dürfte sich wohl zu weiterer Prüfung empfehlen.

— **Repetitionscurse für Hebammen.** Der Jenenser Gynäkologe *B. S. Schultze* hat

s. Z. den Vorschlag gemacht, die auf dem Lande practicirenden Hebammen zu Wiederholungscursen an die Hebammenschulen heranzuziehen, um denselben behufs Verminderung der Puerperalerkrankungen die so unentbehrlichen Kenntnisse der Antisepsis beizubringen, resp. sie in deren Grundsätzen neu zu bestärken. Wir lesen nun in den „Wiener med. Blättern“, dass dieser rationelle Vorschlag in Kärnten zur Verwirklichung kommen soll, indem der Landesausschuss in voller Würdigung der Wichtigkeit dieser Maassregel den Beschluss gefasst hat, alljährlich acht bis zehn Landhebammen, welche der Vorstand der Hebammenschule auswählt, zu einem Repetitionscurs zu beordern. Die Betreffenden erhalten freie Wohnung im Spitale, einen bestimmten Reisezuschuss und überdies eine Vergütung für die Bestellung einer Vertretung während ihrer Abwesenheit.

Möchten solche oder ähnliche Maassnahmen auch anderorts zur Hebung der Qualität der Hebammen ergriffen werden!

— **Eine häufige Ursache der Gallensteinbildung beim weiblichen Geschlecht.** Als naheliegendes ursächliches Moment weist *Marchand* (D. m. W., Nr. 12) auf das Schnüren hin. Denn Gallensteine und eine Schnürfurche in der Leber kommen sehr häufig zusammen vor. Die Schnürfurche führt zu Atrophie des Lebergewebes und bindegewebiger Hyperplasie; sie verläuft in der Regel quer über den rechten Leberlappen und bei stärkern Graden fällt die verdünnte Stelle der Leber ungefähr in die Gegend des Gallenblasenhalses und des ductus cysticus.

Von jeher wurde die Stagnation der Galle als wichtigste Ursache der Steinbildung aufgefasst. Jeder Druck auf die Gallenwege muss also diese pathologischen Vorkommnisse begünstigen. Der Rippenrand drückt auf diese Gegend Tags über mehr oder weniger anhaltend, Nachts beinahe gar nicht. Die Gallenblase pflegt sich aber gerade am Tage normalerweise hauptsächlich zu entleeren und in den grössern Verdauungspausen (also Nachts) zu füllen. Durch das Schnüren kann die Entleerung nur unvollständig erfolgen, sie bleibt gefüllt und so ist bei der stetigen Wiederkehr dieser Schädlichkeit am ehesten Gelegenheit zu Steinbildung gegeben.

Da das weibliche Geschlecht vorwiegend Schnürfurchen der Leber aufweist, so ist es begreiflich, dass bei demselben die Gallensteinbildung in viel höherem Procentsatz vorkommt als beim männlichen Geschlecht.

— **Ueber puerperale Mastitis.** Die neueren bacteriologischen Forschungen im Verein mit genaueren pathologisch-anatomischen Untersuchungen haben auch in dieses Capitel ganz interessante, die Kenntniss dieser Affection erweiternde Resultate gebracht. Dieselben sind niedergelegt in den Arbeiten von *Escherich*, *Bumm*, *Olshausen* u. A.

Nach diesen Autoren ist wie für andere phlegmonöse Processe festgestellt, dass die Mastitis stets durch Infection zu Stande kommt, dass die einfache Secretstauung (wie früher vielfach angenommen wurde [1]) diese Affection nicht erzeugen kann. Die Infectionserreger (Bacterien) dringen oft durch Schrunden der Brustwarzen in das subcutane und interlobuläre Bindegewebe ein, erregen daselbst eine phlegmonöse eitrige Entzündung, die später auf die einzelnen Drüsenlappen übergreifen kann, dieselben eitrig einschmelzend. Wir finden dann theils miliare Abscesse in den Drüsenlappen, theils (wenn der Process länger bestanden hat) grössere Abscesse. Die Secretstauung, die durch entzündliche Anschwellung und Verlegung der Milchgänge in einzelnen Parthien der Drüse mit hinzukommt, spielt die Rolle des begünstigenden Momentes — indem in solchen Retentionen die Bacterien willkommenes Nährmaterial finden.

Bei der subareolären Mastitis, sowie bei der retromammären Mastitis dringen die Bacterien nicht in das Drüsengewebe selbst ein, sondern verbreiten sich im Bindegewebe der Mamma. Bei der retromammären Mastitis ist die Brustdrüse selbst gewöhnlich mit angeschwollen, doch nicht eitrig infiltrirt. Der Eiter sammelt sich zwischen Rippen und Mamma an, und wenn hier nicht recht frühzeitig unten am Rande der Brustdrüse incidirt wird, so kommt es zur Ausbreitung der Phlegmone, Abhebung der Mamma von ihrer Unterlage, — sie fühlt sich an, als ob sie auf einem Wasserkissen läge.

[1]) *Bumm* (*Volkm.* Vorträge, Nr. 282) trennt noch von der phlegmonösen Form die gutartige parenchymatöse Mastitis ab. Wir können dieser Auffassung nicht zustimmen, eine Entzündung der Gewebe ohne Bacterien ist nicht erwiesen, zum mindesten ausserhalb des Thierexperiments.



Diese Form der Mastitis beginnt meist mit Schüttelfrost und Fieber und setzt am häufigsten in der 2. oder 3. Woche post puerp. ein. *Olshausen* hat in den meisten Fällen als Krankheitserreger den Streptococcus pyogenes gefunden. (Ref. hat bei seinen Untersuchungen in mehrern Fällen dieser Art den Staphylococcus pyogenes gefunden.)

Die zweite Eingangspforte, welche die Microorganismen nehmen, sind die Milchcanäle, also ohne dass Schrunden der Mammilla vorhanden sind. Dieser letztere Weg scheint nach klinischen Erfahrungen der häufigere zu sein. Es kommt dann zur Entzündung eines Drüsenlappens — und die Abscedirung beschränkt sich gewöhnlich auf denselben. Es finden sich Staphylococcen als Entzündungserreger.

Bei dieser zweiten Form der Mastitis, die gewöhnlich unter weniger stürmischen Erscheinungen verläuft, gehen die Eitermicroben, die Staphylococcen auch in's Secret der Drüse über, während bei der ersten Form, wo die Entzündung nicht im Parenchym selbst sitzt, keine Bacterien in's Secret übergehen, es sei denn, dass die Drüsenlappen secundär mit ergriffen sind.

Bei der Mastitis zeigt sich der günstige Erfolg einer frühzeitig und rationell eingeleiteten Therapie auf's schönste. Sobald irgend ein Eiterherd zu erkennen ist, darf mit der Incision nicht gezögert werden. — Bei der parenchymatösen Mastitis muss in erster Linie das Kind abgesetzt werden. Das Staphylococcen haltige Secret wirkt sehr ungünstig auf den Verdauungscanal des Kindes. Es stellen sich gewöhnlich heftige Diarrhoen ein. Abgesehen davon können leichte Epithelabschürfungen im obersten Theil des Verdauungstractus zu Infectionen Veranlassung geben. Bei dieser Gelegenheit darf nicht unerwähnt bleiben, dass *Escherich* bei fiebernden Wöchnerinnen im Brustdrüsensecret stets Staphylococcen gefunden hat, auch ohne dass die Mammae selbst irgend welche Entzündungserscheinungen aufwiesen. Es würde also auch bei den puerperalen Metritiden und Parametritiden vom gleichen Gesichtspunkte aus angezeigt sein, die Kinder abzusetzen. —

Sehr wichtig ist die Prophylaxe, die selbstverständlich im Reinhalten der Warzen, sorgfältiger Desinfection allfälliger Schrunden und im Reinhalten des kindlichen Mundes besteht. *Garrè.*

— **Electrische Behandlung frühzeitiger Extrauterinschwangerschaft.** Im „Brit. med. Journ." behandelte Dr. *Aveling* vorgezeichnetes Thema. Obwohl schon vor mehr als 80 Jahren die Electricität als ein Mittel bekannt war, das auf den Fœtus letal wirkt, gebührt doch den Amerikanern das Verdienst, die electrische Behandlung der im Allgemeinen so schlechte Prognose gebenden Extrauterinschwangerschaft neuerdings eingeführt zu haben. *Allen* veröffentlichte einen Fall im Jahre 1872; seither folgten mehrere, doch wurde die Methode *Allen*'s als fehlerhaft bezeichnet.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass ein mässiger unterbrochener Strom genügt, um den Fœtus bei frühzeitiger Schwangerschaft zu tödten. Angesichts der grossen Gefahr für die Mutter bei Ruptur des Eisackes dürfte ein derartiges Mittel, das die tödtliche Ruptur verhütet, sehr zu begrüssen sein, wenn auch bei feststehender Diagnose die blutige Entfernung des Eisackes per laparotomiam seit Einführung der Antisepsis als zuverlässigste und relativ ungefährliche Methode betrachtet werden muss.

Man hat aus dem Grunde Einwendung erhoben, dass eine Diagnose bei Tubenschwangerschaft schwer zu bestimmen sei, dass keine Symptome eher auftreten, bis eine Ruptur platzgegriffen hat, dass ferner die Anwendung des electrischen Stromes bei jeder Art von Beckengeschwulst, die den Verdacht einer extrauterinen Schwangerschaft wachruft, ein sehr unzuverlässiges und gefahrvolles Vorgehen bilde, und dass schliesslich die Annahme, der Fœtus hätte lebend durch die Ruptur treten können, keine Berechtigung zur Tödtung des Kindes gebe. Allen diesen Einwendungen ist leicht zu begegnen. Jeder Arzt, der einen Fall mit der Anamnese und den subjectiven Symptomen einer ectopischen Gravidität beobachtet, ist verpflichtet, seine Bedenken durch eine physikalische Untersuchung der Beckenorgane zu beseitigen. — In der Regel findet man eine erratische Schwangerschaft sehr häufig während einer längern sterilen Periode nach einer ersten Geburt, wobei die Kranke gewöhnlich selbst fühlt, dass sie schwanger ist, und dass etwas Ungewöhnliches mit ihr vorgeht. Schmerzen von eigenthümlichem paroxysmenartigem und agonisirendem Charakter sind ein ganz besonderes Merkmal; daneben sind die gewöhnlichen Zeichen einer stattgehabten Conception wahrnehmbar. Verbindet sich mit

allen diesen erwähnten Symptomen ein runder, elastischer, schmerzhafter Tumor hinter oder seitwärts vom Uterus, der schnell an Umfang und Vascularität zunimmt, so kann er mit keinem andern verwechselt werden; auch die Beschaffenheit und Lage der Gebärmutter geben eine erhebliche diagnostische Wegleitung. Bezüglich der Behandlung sei zwar die Laparotomie nach der Ruptur eine nothwendige und lebensrettende Operation, aber der Zweck jeder Behandlung müsse sein, der Ruptur vorzubeugen und auf diese Weise die gefahrvollere Operation entbehrlich zu machen; man solle nicht warten, bis ein aneurysmatischer Sack geborsten sei, ehe man Mittel zur Verhütung seines Wachsthums ergreife. In den ersten 4 Monaten könne die Electricität mit jeder Aussicht auf Erfolg angewendet werden, und zwar unzweifelhaft je früher um so besser, sobald man zu einer befriedigenden Diagnose gelangt sei. Damit der Strom (Faradisation) wirksam agire, müsse er so stark sein, wie ihn die Kranke ertragen könne, und er dürfe nicht sofort, sondern allmälig seine höchste Kraft entwickeln; derselbe sei durch wenigstens 10 Minuten fortzusetzen und jeden Tag zu wiederholen, bis die Wirkungen auf den Tumor sichtbar werden. Diese Wirkungen bestehen in einer Cessirung der Pulsation und Resistenzverminderung, Abnahme des Geschwulstumfanges, retrograder Veränderung der Brustdrüsen und Retraction des Gebärmutterhalses vom Schambogen. Bei einer vor Kurzem applicirten Electrisirung bei einer extrauterinen Gravidität habe *A.* bereits bei der fünften Sitzung eine so markirte Veränderung in der Cyste bemerkt, dass er von dem Stillstand der Schwangerschaft überzeugt war. Diese Wahrnehmung bestätigte sich alsbald, und gegenwärtig befindet sich die Frau vollkommen gesund; keine Spur eines Tumors kann mehr bei ihr entdeckt werden.

— Prof. *Rühle*, Director der innern Klinik in Bonn, ist gestorben.

— Prof. *C. Lehmann* — unser Landsmann — in Würzburg hat einen Ruf als Prof. ord. der Hygieine nach Giessen erhalten, und abgelehnt.

— Der von Prof. *Bergmann* redigirte, nach amtlichen Quellen und den Aussagen der deutschen Consiliarärzte zusammengestellte authentische Bericht über **die Krankheit Kaiser Friedrich's III.** enthält schwere Anklagen gegen den Arzt, der das Vertrauen des kaiserlichen Kranken in höchstem Maasse genossen hat, gegen *Mackenzie*. Die Objectivität der Darstellung ist gar nicht anzuzweifeln; auf dem englischen Laryngologen lastet vorläufig der furchtbare Vorwurf des gewissenlosen Leichtsinns und der absichtlichen Täuschung. — Ein klarer Einblick in die ganze Tragödie ist aber nicht möglich, weil nicht alle handelnden Personen sichtbar sind und vielleicht die schwerst wiegenden Motive geheim gehalten werden. — Sobald die erwartete Antwort *Mackenzie*'s erschienen ist — um möglichst gerecht sein zu können, nicht vorher — wird auch das „Corr.-Blatt" sich mit diesem traurigen Abschnitt in der Geschichte des ärztlichen Standes näher befassen.

Stand der Infections-Krankheiten.

	1888.	Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperal-fieber	Parotitis	Variola	Rubeolae
Zürich u. Aussengem.	1. VII.- 7. VII.	11	—	2	7	4	2	5	—	—	—	—
	8. VII.-14. VII.	8	—	3	13	2	6	1	—	—	—	—
	15. VII.-21. VII.	11	—	1	3	2	9	2	—	—	—	—
Bern	1. VII.- 7. VII.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	8. VII.-14. VII.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Basel	11. VII.-25. VII.	11	4	3	10	1	4	3	—	—	—	7

Briefkasten.

Dr. *Schenker*, Aarau: Sie haben Recht. Ich werde sehen, ob und wie sich Ihr Vorschlag am besten verwirklichen lässt.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats.
Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile.

für

Schweizer Aerzte.

Preis des Jahrgangs Fr. 12. — für die Schweiz, Fr. 14.50 für das Ausland. Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. E. Haffter

in Frauenfeld.

N°. 16. XVIII. Jahrg. 1888. 15. August.

Original-Arbeiten.

Ueber den modernen Stand der Immunitätsfrage.

Nach einem Vortrag im medicinisch-pharmaceutischen Bezirksverein Bern

von **H. Sahli** in Bern.

Meine Herren! Wenn ich nach den interessanten practischen Vorträgen, welche uns in den letzten Vereinssitzungen hier gehalten worden sind, es wage, ein mehr theoretisches Thema zur Sprache zu bringen, dessen Verfolgung Ihnen vielleicht etwas dornenvoll erscheinen dürfte, so muss ich Sie dabei um Geduld und Nachsicht bitten. Die Wahl des Gegenstandes möchte ich damit rechtfertigen, dass in der Lehre von der Immunität durch die bacteriologischen Arbeiten der letzten Jahre manche neue Gesichtspunkte gewonnen worden sind, welche schon in der Lehre von den Schutzimpfungen practische Früchte gezeitigt haben und noch zeitigen werden. Eine knappe, zusammenfassende Darstellung der Schlussfolgerungen, welche sich aus dem bisherigen Material ergeben, dürfte daher manchen Collegen erwünscht sein.

Unter der Bezeichnung **Immunität** fassen wir in der Lehre von den Infectionskrankheiten eine Anzahl von Zuständen des menschlichen oder thierischen Organismus zusammen, welche in ihrem Wesen grundverschieden sein können, dabei aber practisch ihren Berührungspunkt darin finden, dass sie den betreffenden Organismus unempfänglich gegen eine bestimmte Infectionskrankheit machen.

Die Immunität kann **primär** oder **angeboren** sein, während sie in andern Fällen erst im extrauterinen Dasein **erworben** wird. Die primäre oder angeborne Immunität kann der Species, der Rasse oder blos einzelnen Individuen anhaften,



und hiernach spricht man von Species-, Rassen- und individueller Immunität. Beispiele für diese verschiedenen Categorien primärer Immunität sind bekannt. Die gesammte Thierwelt besitzt Speciesimmunität gegen Syphilis. Diese Krankheit scheint ein Privilegium des Menschen zu sein. Die Berberschafe sind gegenüber andern Schafrassen, wenn auch nicht absolut, so doch relativ immun gegen Milzbrand, und ähnliche Beispiele von Rassenimmunität sind dem Thierzüchter hinlänglich bekannt und werden von ihm bei der practischen Werthschätzung der Rassen berücksichtigt. Ueber die individuelle Immunität endlich hat der Arzt bei jeder Epidemie Gelegenheit Erfahrungen zu sammeln.

Die primäre Immunität ist nicht immer eine dauernde. Ein Mensch, der eine Infectionsgefahr das eine Mal glücklich passirt, kann ihr später zum Opfer fallen In manchen Fällen können wir dies nur im Allgemeinen durch die Annahme erklären, dass die Resistenz des Körpers durch schwächende Potenzen untergraben worden ist, oder dass gewisse Einflüsse eine krankhafte Disposition geschaffen haben. Dahin gehört die Wirkung von Erkältungseinflüssen und Diätfehlern auf das Zustandekommen von Pneumonien oder anderer Infectionskrankheiten. In andern Fällen lässt sich die Durchbrechung der Immunität in greifbarerer Weise erklären. Es ist Ihnen z. B. bekannt, dass anfänglich die sämmtlichen Infectionsversuche mit Choleraculturen misslangen. Man konnte Meerschweinchen grosse Mengen von Kommabacillen in den Magen bringen, ohne dass sie erkrankten. Es zeigte sich aber bald, dass diese Immunität nicht mehr existirt, sobald man die Choleraculturen direct in den Darm spritzt, oder sobald man bei der Einverleibung per os gleichzeitig den Magensaft der Thiere neutralisirt. Es scheint daraus hervorzugehen, dass der normale Magensaft der Meerschweinchen die Kommabacillen soweit schädigt, dass sie den Darm ohne Schaden passiren können. Es liegt daher sehr nahe, für den Menschen ähnliche Verhältnisse anzunehmen. Und in der That beobachtet man häufig, dass bei einem gegen Cholera scheinbar immunen Menschen schliesslich die Immunität durch eine Verdauungsstörung durchbrochen werden kann. Aehnliches gilt vielleicht auch für den Typhus.

Es gibt nun aber bekanntlich viele Krankheiten (Pocken, Masern), für welche eine primäre Immunität entweder gar nicht oder doch sehr selten vorkommt, bei denen aber dafür die durch einmaliges Ueberstehen der Krankheit erlangte sogenannte erworbene Immunität eine um so grössere Rolle spielt. Die erworbene Immunität ist nicht nur practisch von grosser Wichtigkeit, weil man sie bei der Anordnung prophylactischer Maassregeln gegen Infectionskrankheiten berücksichtigen und vermittelst der Methode der Schutzimpfungen auf ungefährlichem Wege künstlich erzeugen kann, sondern auch für das theoretische Studium der Immunitätsfrage ist sie von ganz besonderer Bedeutung, weil nur sie einer experimentellen Prüfung zugänglich ist. Die theoretischen Schlüsse, zu denen das Experiment führt, lassen sich dann, wie wir sehen werden, zum Theil auch übertragen auf die primäre oder angeborne Immunität.

Die erste Frage, welche ich vor Ihnen zu besprechen habe, ist die: Wie erklärt sich die erworbene Immunität durch einmaliges Ueberstehen einer Infectionskrankheit?

Wir müssen für die Beantwortung dieser Frage ausgehen von dem Wesen des Heilungsvorganges und von der These, dass Heilung und Immunisirung in ihrem Wesen eigentlich identische Vorgänge sind. Zur Begründung dieser These erinnere ich daran, dass in den meisten Fällen die Heilung einer Infectionskrankheit nur zu erklären ist durch gewisse Veränderungen des Organismus, welche dahin führen, dass die Pilze den Geweben nichts mehr anthun können. Man kann also die Heilung auffassen als eine während der Krankheit stattfindende Immunisirung des Körpers gegen das noch in ihm circulirende Krankheitsgift und die eigentliche Immunität wäre dann aufzufassen gewissermaassen als der Superlativ der Heilung, als eine Fortdauer derjenigen günstigen Eigenschaften, welche die Körpergewebe während der Heilung angenommen haben.[1])

Man versuchte diese Veränderung des Körpers während der Heilung durch zwei verschiedene Theorien zu erklären, welche gleichzeitig auch den Schlüssel zum Verständniss der Immunität geben sollten.

Die eine Theorie nahm an, dass durch die einmalige Invasion der pathogenen Pilze dem Körper gewisse zu ihrer Vegetation nothwendige Stoffe entzogen werden, so dass die Pilze schliesslich aus Nahrungsmangel zu Grunde gehen. Diese Erschöpfung des Nährbodens sollte eine dauernde sein und dadurch die Immunität bedingen, dass bei einer spätern Infection die Pilze gewissermaassen ein ausgesogenes Terrain vorfinden, auf dem sie nicht haften können. Es ist dies die sog. Erschöpfungstheorie.

Die andere Theorie nahm an, dass die Bacterienvegetation im Körper gewisse Substanzen producire, durch welche sie sich selbst schliesslich das Wachsthum unmöglich machen. Die chemische Veränderung des Körpers durch die betreffenden Giftstoffe sollte ebenfalls eine dauernde sein und auch die spätere Immunität erklären. Dies ist die sog. Gifttheorie.

Bei diesen Theorien ging man aus von dem Vergleiche des Körpers mit künstlichen Nährmedien, welche ja allerdings, nachdem eine Bacterienvegetation eine Zeitlang auf ihnen gelebt hat, theils durch Erschöpfung, theils durch Imprägnation mit giftigen Substanzen für das weitere Gedeihen der nämlichen Pilze untauglich werden. Ein sehr nahe liegendes Analogon für die Immunität ist nach der Gifttheorie das Verhalten der Bierhefe, welche ja bei einem gewissen Alcoholgehalt der Nährflüssigkeit nicht weiter gedeihen kann.

Allein man übersah bei der Aufstellung dieser chemischen Theorien von Heilung und Immunität, dass der Organismus keineswegs einem todten Culturmedium an die Seite zu stellen ist, da er ja seinen Bestand immerfort wechselt. Es ist nicht abzusehen, weshalb der Stoffwechsel das Fehlende nicht ersetzen resp. das Gift nicht eliminiren sollte. Es gibt keine einzige, dem Körper fremde Substanz, die schwer auslaugbaren Metallgifte nicht ausgenommen, deren sich der Körper nicht in sehr kurzer Zeit entledigt, wenn die weitere Zufuhr aufhört. Nach der Erschöpfungstheorie müssten vollends die kräftigsten Menschen an der Krank-

[1]) In Betreff des meiner Ansicht nach nur graduellen Unterschiedes des Wesens immunisirender und nicht immunisirender Infectionskrankheiten vergleiche man mein Votum in der Discussion über diesen Vortrag. (Diese Nummer.)



heit am längsten darniederliegen, da ihr Körperbestand offenbar am langsamsten sich erschöpft.

Es geht aus dem Gesagten hervor, dass wir mit derartigen grobchemischen Theorien weder zur Erklärung der Heilungsvorgänge noch zur Erklärung der Immunität auskommen. Es bleibt uns also nichts übrig als die Annahme, dass der Körper sich seiner Feinde durch gewisse vitale Eigenschaften seiner Elemente, der Zellen, in activem Kampf erwehrt. Wir können eine derartige Auffassung im Gegensatz zu der chemischen als vitalistische Theorie bezeichnen.

Der erste rationelle Versuch, diesen von uns postulirten Kampf zwischen Körper und Pilz zu erklären, stammt von *Metschnikoff* und wenn ich auch kein Anhänger seiner Theorien vom Phagocytismus bin, so verkenne ich den Fortschritt nicht, der darin lag, dass *M.* zum ersten Mal die Frage microscopisch und experimentell prüfte. Jedenfalls haben die *Metschnikoff*'schen Arbeiten anregend gewirkt und gerade die Controluntersuchungen, welche durch sie veranlasst wurden, haben viel zur Aufklärung des Gegenstandes beigetragen.

Metschnikoff machte seine Beobachtungen zunächst an einer eigenthümlichen, durch einen Sprosspilz verursachten Krankheit der Wasserflöhe oder Daphniden. Die Untersuchungen sind hier deshalb sehr bequem, weil die pathogenen Pilze sehr gross und die erkrankenden Thiere fast vollkommen durchsichtig sind. *Metschnikoff* konnte nachweisen, dass, sobald Sprosspilzsporen in den Körper des Wasserflohs eindringen, sich Blutkörperchen um dieselben schaaren und in den günstig verlaufenden Fällen die Sporen in ihr Inneres aufnehmen und dort zerstören, also, wie sich *M.* ausdrückt, die pathogenen Pilze direct auffressen. *M.* nennt diese Erscheinung Phagocytismus oder Phagocytose, die agirenden Zellen Phagocyten oder Fresszellen. In ungünstig verlaufenden Fällen erfüllen die Phagocyten ihre Schuldigkeit nicht; die Sprosspilze bleiben frei im Körperparenchym und vermehren sich daselbst, bis sie den Körper zu Grunde gerichtet haben. Diese erste Arbeit von *M.* ist wirklich ausserordentlich hübsch und interessant.

M. ging nun aber in einer Anzahl späterer Arbeiten weiter. Er glaubte auch bei den Infectionskrankheiten der höhern Thiere und Menschen den Phagocytismus als wesentlichen Heilungsmodus nachweisen zu können. Bei Milzbrand, Erysipel und Recurrens, ja selbst bei Lepra und Tuberculose sollen gewisse Körperzellen, hauptsächlich aber nicht ausschliesslich weisse Blutkörperchen als Phagocyten fungiren und durch Auffressen der Pilze den Kampf zum günstigen Abschluss bringen. In ungünstigen Fällen soll der Phagocytismus ausbleiben, bei Thieren mit erworbener Immunität soll er dagegen ganz besonders deutlich sein und so stark wirken, dass die Krankheit gar nicht ausbricht. *Metschnikoff* erklärt also mittelst der Phagocytenlehre sowohl Heilung als Immunität. Die letztere soll darauf beruhen, dass in dem einmal erfolgreich durchgeführten Kampf die Phagocyten durch Uebung eine Kraft erlangt haben, die es ihnen ermöglicht, bei einem neuen Angriff die Bacterien sofort zu bewältigen.

Ich kann mich hier nicht auf eine ausführliche Kritik der *M.*'schen Arbeiten einlassen und will nur bemerken, dass wenn man auch geneigt ist, für gewisse Fälle den Phagocytismus anzunehmen, doch die Uebertragung dieser Lehre auf die Hei-



lung sämmtlicher Infectionskrankheiten höherer Thiere sehr gewagt ist. Der Befund bacterienhaltiger Zellen bei Infectionskrankheiten ist doch im Ganzen ein recht dürftiger, und sehr häufig ist die Auffassung durchaus nicht ausgeschlossen dass es sich dabei nicht um ein Aufgefressenwerden der Bacterien Seitens der Zellen, sondern im Gegentheil um einen Angriff der Bacterien handelt. In letzterm Sinne möchte ich namentlich die Befunde bei Gonorrhoe deuten, wo die Reichlichkeit der gonococcenhaltigen Zellen gerade im acuten Stadium der Krankheit keineswegs den Anschein eines wirksamen Phagocytismus, sondern vielmehr denjenigen eines Angriffs der Bacterien erweckt, wofür auch die regelmässige, schachbrettähnliche Anordnung der Pilze in den Zellen spricht, die darauf hinweist, dass sie sich dort vermehrt haben.

Man muss übrigens zugeben, dass auch durch die Aufnahme der Pilze in die Zelle für den Organismus erst dann etwas geleistet ist, wenn die Pilze hier definitiv vernichtet werden und um dies zu erklären, müssen wir auch bei Zugrundelegung des Phagocytismus gewisse vitale Desinfectionskräfte in Anspruch nehmen. Wenn aber der Phagocytismus uns über diese Annahme nicht hinausbringt und — gestehen wir es offen — für die menschliche Pathologie nicht bewiesen ist, können wir dann den Zellen nicht vielleicht auch gewisse vitale Desinfectionskräfte zuschreiben, welche zur Geltung gelangen, ohne dass die Pilze gerade im Innern des Protoplasma bearbeitet werden? Es scheint mir dieser Annahme nichts im Wege zu liegen.

Welcher Natur diese Desinfectionskräfte sind, wissen wir nicht. Es liegt am nächsten, anzunehmen, dass die Zellen die Pilze durch chemische Einflüsse vernichten. Wir müssen dann voraussetzen, dass die Wirkung der chemischen Stoffwechselproducte der Zellen dadurch erhöht wird, dass sie im Status nascens zur Wirkung gelangen. Denn um eine massive Desinfection, wie wir sie bei antiseptischen Untersuchungen vornehmen, kann es sich deshalb nicht handeln, weil von einem erheblichen Gehalt des kranken Körpers an antiseptischen Substanzen nichts bekannt ist. Ich möchte darauf aufmerksam machen, dass die Annahme, dass sich die Zelle der Pilze durch chemische Kräfte erwehre, nicht zu verwechseln ist mit jener ältern, von uns verworfenen chemischen Theorie der Heilung und Immunität, wonach der Körper, ganz abgesehen von der Zellenfunction, als ein ungeeignet zusammengesetztes Nährmedium aufgefasst wird.

Man kann bei der Vernichtung von Pilzen im Körper auch an Fermentwirkungen denken und die Anhänger der *Metschnikoff*'schen Theorie bedienen sich nicht selten der mit dem Begriff der Fresszellen conformen Ausdrucksweise, die Pilze werden im Zellinnern verdaut. Im allgemeinsten Sinne des Wortes ist dieser Ausdruck wohl zulässig, man muss sich aber hüten, zu glauben, dass es sich dabei handelt um eine Verdauung durch die gewöhnlichen Verdauungsfermente (Pepsin, Trypsin etc.). Die letztern sind zwar in manchen Geweben des Körpers nachgewiesen worden. Allein sie wirken nicht antiseptisch; der pepsinhaltige Magensaft verdankt seine viel besprochene antiseptische Kraft nur seinem Salzsäuregehalt und die Pankreasfermente scheinen das Wachsthum von vielen Bacterien bekanntlich sogar zu begünstigen. Damit ist natürlich nicht gesagt, dass nicht vielleicht

einmal antiseptische Fermente, d. h. solche, welche gegen lebendige Pilze wirken, gefunden werden.

Es ist übrigens nicht undenkbar, dass auch physikalische und noch unbekannte vitale Kräfte der Zellen die Bacterien schliesslich zu Falle bringen, und das Wesentliche unserer Ansicht ist nur das, dass die Resistenz des Körpers an die Function der Zelle gebunden sein muss. Der Annahme specifischer vitaler Desinfectionskräfte, die mir persönlich sehr sympathisch ist, steht nichts im Wege seitdem der Versuch, alle Erscheinungen der Physiologie durch bekannte physikalische und chemische Kräfte zu erklären, als gescheitert zu betrachten ist. Ich erinnere hier nur an das noch völlig dunkle Wesen der Nervenkraft.

Bei der Heilung der Infectionskrankheiten handelt es sich also darum, dass die antiseptischen Eigenschaften der lebendigen Zelle, wenn man sich so ausdrücken darf, schliesslich die Oberhand gewinnen über die Pilze. Das Wesen der Immunität dagegen besteht darin, dass die Zellen durch den einmal durchgeführten Kampf in dieser ihrer antiseptischen Function durch Uebung so erstarkt sind, dass sie später eindringende Pilze gar nicht zur Entwicklung gelangen lassen.

Auch die Erfolge der Schutzimpfung sind also aufzufassen als das Resultat systematisch geleiteter Zellübung und fügen sich somit trotz der Ansicht der Impfgegner gerade so gut in den Rahmen hygienisch prophylactischer Massregeln wie Gymnastik und Abhärtung des Körpers durch kalte Bäder. Die Gymnastik stählt die Muskeln, das kalte Bad die Vasomotoren, die Schutzimpfung diejenigen Körperzellen, welche mit der Abwehr von Infectionskrankheiten betraut sind.

Meine Herren! Alle Schutzimpfungen beruhen auf drei verschiedenen Principien. Das erste ist das Princip der Impfungen mit abgeschwächtem Virus, das weitaus am häufigsten angewendete Verfahren. Die gebräuchlichsten Methoden zur Abschwächung eines Virus sind: Erhitzen der Culturen, Zusatz antiseptischer Substanzen zu denselben, Trocknen der Culturen, Züchtung unter erhöhtem Luftdruck, Züchtung auf einer wenig empfänglichen Thierspecies. Das zweite Princip ist das der Impfung mittelst einer ganz geringen und deshalb ungefährlichen Menge des unabgeschwächten Virus und das dritte endlich das der Einverleibung des ebenfalls unabgeschwächten Virus an einer ungewöhnlichen und einen milden Verlauf bedingenden Körperstelle (Rauschbrandimpfung [1]) an der Schwanzspitze, percutane Variolation).

Durch passende Wahl und Combination der erwähnten Verfahren lässt sich die Stärke der durch die Impfung hervorgerufenen Infection fast beliebig dosiren und es ist dabei leicht verständlich, dass, je kräftiger die Impfung, um so grösser die Gefahr der Impfkrankheit, um so sicherer aber auch der Impfschutz ist.

Um nun gleichzeitig Gefahrlosigkeit und Sicherheit des Impfschutzes zu erreichen, bedient man sich in manchen Fällen (gegen Milzbrand, Hühnercholera und Lyssa) der Methode der mehrfachen successiv stärkeren Impfung. Eine Impfung schützt hier jeweilen gegen die Gefahr der nächstfolgenden stärkern, bis schliess-

[1]) Practisch wird allerdings die Rauschbrandimpfung an der Schwanzspitze gewöhnlich zur Sicherheit auch mit abgeschwächtem Virus vorgenommen.



lich der volle Impfschutz erreicht ist. Die Analogie mit dem Turner, welcher, mit leichten Uebungen anfangend, zu immer schwerern übergeht, bis er zum Athleten wird, ist hier wieder eine sehr naheliegende.

Es geht aus dem Gesagten hervor, dass Immunisirung ein relativer Begriff ist. Eine schwache Impfung immunisirt auch nur schwach. Dies wird merkwürdiger Weise bei der practisch wichtigsten Impfung, bei der Kuhpockenimpfung, meist vergessen. Wir haben allen Grund anzunehmen, dass die Kuhpocken nichts anderes sind, als auf das Rindvieh acclimatisirte und dadurch abgeschwächte Menschenpocken. Es ist nun für uns ganz selbstverständlich, dass diese Abschwächung im Laufe der Fortzüchtung beim Rindvieh sehr verschiedene Grade erreichen kann. Es muss also verschieden virulente Schutzpockenlymphe geben und es liegt deshalb auf der Hand, dass es ein Unding ist, von der Schutzpockenimpfung stets gleichen Grad des Impfschutzes zu verlangen. Früher, wo man den Impfstoff im Kleinen bald von hier, bald von dort bezog, hatte man natürlich nicht die geringste Controlle über die Virulenz. Man konnte dieselbe höchstens mehr oder weniger abschätzen nach den Localerscheinungen, die sich an der Impfstelle abspielten; jedoch war diese Abschätzung eine sehr unsichere, da der Impfschutz den localen Erscheinungen nicht parallel zu gehen braucht und da die letztern von der Individualität beeinflusst werden. Jedenfalls wurde in den ältern Statistiken die Virulenz des Impfstoffes nicht berücksichtigt und schon aus diesem Grunde sind sie nicht ganz zuverlässig. Wenn die Resultate dieser Statistiken dennoch im Allgemeinen der Impfung günstig sind, so beweist dies a potiori um so mehr. Gegenwärtig haben wir gut geleitete Impfinstitute, in denen eine Abschwächung der Virulenz sofort bekannt wird. Wir sind dadurch in den Stand gesetzt, unter Berücksichtigung der Virulenz des Impfstoffs richtigere Statistiken aufzustellen.

Es liegt mir fern, hier eingehender über die Methoden der Impfung gegen Thier- und Menschenkrankheiten, sowie über den practischen Werth derselben, der ja für die meisten Thierimpfungen den wissenschaftlichen noch nicht erreicht, zu sprechen. Es dürfte dies den Gegenstand eines besondern Vortrages bilden.

Dagegen muss ich noch einige neuere Arbeiten erwähnen, welche geeignet sind, die Lehre von den Schutzimpfungen um ein ganz neues und wichtiges Capitel zu bereichern und unsere theoretischen Ansichten über Immunität nach einer gewissen Richtung hin zu modificiren.

Ich meine die Versuche über Immunisirung durch gelöste chemische Substanzen. Schon seit mehreren Jahren befasst man sich in Frankreich mit diesem Gegenstand und neuerdings verdanken wir hauptsächlich *Roux* und *Chamberland* interessante Aufschlüsse über denselben [1]). Diese Autoren wiesen nach, dass man gegen malignes Oedem, sowie gegen Rauschbrand Immunität auch durch Injection sterilisirter Culturen des betreffenden Virus erzeugen kann. Es ist selbst-

[1]) Ich führe die analogen Beobachtungen von *Chantemesse* und *Widal* über die auf ähnliche Weise bei Mäusen gegen Typhusbacillen erzeugte Immunität deshalb nicht an, weil die Pathogenität der Typhusbacillen für Thiere neuerdings angefochten wird.



verständlich, dass es sich hierbei nur handeln kann um eine Wirkung der Stoffwechselproducte der Bacterien, der Ptomaine.

Es möchte nun scheinen, dass man dadurch wieder zu der alten Gifttheorie der Immunität zurückkomme. Dies ist aber nur scheinbar der Fall. Gewiss werden diese in der Form sterilisirter Culturen einverleibten Ptomaine wie alle andern Gifte sehr rasch wieder aus dem Körper ausgeschieden. Der directe Beweis hierfür wurde vor einigen Jahren von *Bouchard* für die Ptomaine der Cholera und der Krankheit des Bacillus pyocyaneus geleistet, indem er die specifische Toxicität des Urins der erkrankten Thiere constatirte. Die Ptomaine können daher bei dem erwähnten Versuche nicht durch ihr Verbleiben im Körper, sondern nur dadurch wirken, dass sie im Stande sind, das Zellleben dauernd zu modificiren. Beispiele für eine solche dauernde Wirkung eines einmaligen Eingriffs sind ja in der internen Pathologie nicht unbekannt. Ich erinnere nur an die Entstehung von langwierigen Neurosen nach einmaligen psychischen oder körperlichen Traumen.

Jedenfalls werfen aber die erwähnten Versuche ein bedeutsames Streiflicht auf die Genese der Immunität durch wirkliche Impfung. Es ist wahrscheinlich, dass auch hier die Stoffwechselproducte der Bacterien dasjenige sind, was Anstoss gibt zu der functionellen Umprägung der Körperzellen. Auch dies ist natürlich wieder keine chemische Theorie im alten Sinne des Wortes.

Es braucht nicht gesagt zu werden, dass die Immunisirung auf chemischem Weg p r a c t i s c h eine sehr grosse Tragweite besitzt. Wenn es einmal gelingt — und dies ist mit Sicherheit vorauszusehen — die immunisirende Ptomaine rein darzustellen, so wird uns die genaue Dosirung dieser Substanzen die Immunisirung in exactester Weise ohne Impfverluste ermöglichen.

Da es ferner wahrscheinlich oder sicher ist, dass manche der specifischen Ptomaine bei Infectionskrankheiten durch den Harn ausgeschieden werden, so präparirt uns der Organismus die wirksamen Substanzen gewissermassen selbst und durch Verwendung des Harns und Reindarstellung der immunisirenden Ptomaine aus demselben können wir vielleicht einmal dazu gelangen, chemische Impfungen selbst gegen diejenigen Krankheiten mit Erfolg vorzunehmen, deren Erreger wir noch nicht kennen.

Da endlich die Lyssaimpfungen zeigen, dass die Schutzimpfungen noch von Erfolg sein können, wenn das Krankheitsgift schon im Körper sich befindet, so ist es möglich, dass wir in jenen chemischen Impfstoffen einst auch wirksame S p e c i f i c a gegen die schon ausgebrochene Krankheit erhalten. Prophylaxe und Therapie reichen sich dann die Hand.

Entschuldigen Sie, wenn ich mich vom Fluge meiner Phantasie vielleicht etwas weit habe tragen lassen.

Soviel über die erworbene Immunität im gewöhnlichen Sinne des Wortes. Es gibt nun auch eine erworbene Immunität, welche zu Stande kommt, ohne dass der Betreffende die Krankheit durchgemacht zu haben braucht. Es ist dies die I m m u n i t ä t d u r c h A c c l i m a t i s a t i o n. Sie ist am bekanntesten für das gelbe Fieber. Wenn ein Europäer eine Zeit lang sich in einer Gelbfiebergegend aufgehalten hat, ohne die Krankheit zu bekommen, so wird er mehr oder weniger im-

mun gegen dieselbe. Ich glaube, dass sich diese Immunität in Folge von Acclimatation erklärt durch eine andauernde Aufnahme kleinster Virusmengen und dadurch bedingte successive unmerkliche Impfung. Diese Impfung geht so allmälig vor sich, dass der Mensch entweder gar keine krankhaften Symptome darbietet oder höchstens vielleicht sich während der Periode der Acclimatisation etwas unwohl fühlt, ohne dass er sich über die Natur und Bedeutung dieses Unwohlseins klar wird.

Ich bin Ihnen noch den Nachweis schuldig, dass in manchen Fällen die scheinbar primäre Immunität in Wirklichkeit auf die erworbene zurückzuführen ist.

Zunächst ist es sehr wahrscheinlich, dass die Immunität durch unmerkliche Impfung nicht nur bei dem gelben Fieber, sondern auch bei andern Krankheiten eine Rolle spielt. Nur lässt sie sich nicht überall so leicht nachweisen, wie beim gelben Fieber, weil sie bei andern Krankheiten nicht gesetzmässig vorkommt. Es ist aber sehr wahrscheinlich, dass Mancher z. B. aus einer Scharlachepidemie unmerklich geimpft hervorgeht, weil er das Gift zufällig stets nur in ganz geringen unschädlichen Mengen zugeführt erhielt. Ein solcher Mensch kann dann später den Eindruck primärer Immunität erwecken.

In andern Fällen kommt vielleicht die primäre Immunität durch Vererbung erworbener Immunität zu Stande. Wie innerhalb eines Individuum sich die Immunität von Zellgeneration auf Zellgeneration vererbt, so kommt wahrscheinlich, da eigentlich alle Eigenschaften der Eltern auf die Nachkommen vererbt werden können, ein Bruchtheil der erworbenen elterlichen Immunität auch noch dem Kinde zu Gute. Dieser Bruchtheil ist allerdings so gering, dass er zunächst nicht auffällt und dass man innerhalb einer einzigen Generation von einer Erblichkeit der Immunität für gewöhnlich nicht sprechen kann. Allein auf dem Wege der natürlichen Züchtung können nach *Darwin*'schen Gesetzen durch summative Vererbung acquirirter Immunitätsantheile Individuen entstehen, welche von Geburt an immun sind.

Die summative Vererbung acquirirter Immunität kommt aber nicht nur einzelnen Individuen zu Gute, sondern im Verlauf der Jahrhunderte auch der ganzen Menschheit. Dieselbe wird allmälig für eine Infectionskrankheit, welche sie lange heimgesucht hat, unempfänglich. Dabei ist natürlich auch die zweite Möglichkeit zu berücksichtigen, dass das Virus selbst durch umzüchtende Einflüsse degenerirt. Beide Factoren werden häufig zusammenwirken, weil ein Krankheitsgift, welches nur ein wenig günstiges Terrain findet, schon dadurch schliesslich verkümmern wird. So können Krankheiten, welche lange Zeit die schwerste Geissel des Menschengeschlechts darstellten, allmälig erlöschen. Die Freude hierüber wird leider dadurch verkümmert, dass in demselben Maasse als die alten Krankheiten aussterben, auch neue entstehen müssen, indem wieder nach den ehernen *Darwin*'schen Gesetzen nicht pathogene Bacterien zur Virulenz herangezüchtet werden.

Mittheilungen über einige der neueren Untersuchungsmethoden des centralen Nervensystems.

Von Dr. L. Greppin, II. Arzt der Irrenanstalt in Basel.

Seit Beginn dieses Jahrzehnts haben die Methoden behufs microscopischer Untersuchung des Centralnervensystems wesentliche Verbesserungen erfahren. Es sei mir erlaubt, bei der heutigen Gelegenheit einige derselben, welche sich in unserem Laboratorium als practisch erwiesen haben, in aller Kürze hervorzuheben. Als Grundsatz leitete uns dabei stets der Gedanke, dass es in einem Institut, wie das unsrige, weniger das Bestreben sein soll, Cabinetspräparate herzustellen, wie sie eine eigentliche pathologisch-anatomische Sammlung erfordert, als vielmehr uns so rasch und so genau als möglich ein Bild zu verschaffen über den microscopischen Befund der auf den Sectionstisch gelangenden klinischen Fälle. Diese Untersuchungen sind so zeitraubender Natur, dass wir als Angestellte eines Spitals nur einen kleinen Bruchtheil unserer Zeit auf dieselben verwenden dürfen; es ist daher nur sehr zu begrüssen, wenn die Methoden als solche und die verbesserte Technik selbst uns dennoch in jedem einzelnen Falle einen Einblick in einen Theil wenigstens der vorhandenen histologischen Verhältnisse gestatten.

Die einzelnen Elemente des Centralnervensystems, welche dargestellt werden sollen, sind die Ganglienzellen, die Nervenfasern, die Gefässe und das Neurogliagewebe.

Für die Ganglienzellen liefert die *Nissl*'sche Methode[1]) mit Sicherheit gute Resultate. Etwa 1 C.-C. grosse Gehirnstücke kommen frisch in 70 %, am nächsten Tag in absoluten Alcohol; nach 4—5 Tagen sind sie schnittfähig. — Die Schnitte werden in einer mit concentrirter, wässeriger Fuchsinlösung gefüllten Uhrschale so lange erwärmt, bis reichliche Dämpfe aufsteigen, darauf kurz (etwa 1—2 Minuten) in absolutem Alcohol entfärbt und dann so lange in Nelkenöl gelassen, bis kein Farbstoff mehr abgegeben wird. — Ist die Färbung gut gelungen, so heben sich sämmtliche Ganglienzellen als scharf gezeichnete rothe Gebilde von der nur schwach gefärbten Unterlage hervor. Die hauptsächlichsten Fortsätze kommen deutlich zum Vorschein; ebenso das Kernkörperchen und die feine Strichelung des Protoplasma; weniger scharf der Kern selbst. — In recht befriedigender Weise färben sich zu gleicher Zeit die Gefässe und die Neurogliakerne, während die markhaltigen Nervenfasern gar nicht oder nur höchst mangelhaft zum Vorschein kommen.

Zur noch besseren Fixirung der Gefässe und der Kernvertheilung in der Gehirn- und Rückenmarksubstanz haben wir uns der schon von früher her bekannten Methoden bedient; hier leistet besonders die *Orth*'sche Lithioncarminfärbung[1]) mit nachherigem Differenziren in einem schwach sauren 70 % Alcohol vorzügliche und schnelle Dienste und zwar können in dieser Weise Schnitte behandelt werden, welche aus Präparaten stammen, die entweder in *Müller*'scher Lösung oder in Alcohol allein gehärtet wurden.

---

[1]) Siehe Literatur Seite 503.



Auch will ich gleich hier die von Herrn Prof. *Forel*[3]) ausgesprochene Ansicht betonen, dass trotz allen Verbesserungen und Modificationen in der Technik die von *Gerlach* empfohlene und geübte Carminammoniakfärbung zu den allerbesten und einfachsten gehört; wenigstens bin ich zur Darstellung der Ganglienzellen im Rückenmark und im Kleinhirn und zur Sichtbarmachung der Spinnenzellen in Tumoren und Paralytikergehirnen immer wieder zu ihr zurückgekehrt. Ihr ganz bedeutender, schon macroscopisch sichtbarer Werth bei Degenerationsprocessen, seien dieselben primärer oder secundärer Natur, ist allgemein bekannt.

Von grosser Wichtigkeit und von bedeutendem Interesse ist die Darstellung der markhaltigen Nervenfasern. Schon die älteren Forscher wussten recht gut, dass in der grauen Substanz des Gehirns und Rückenmarkes sich ein ganz feines Netz von markhaltigen Nervenfasern befinde, welches jedoch nur schwierig sichtbar gemacht werden konnte. *Exner*[3]) hat, indem er kleine Hirnstücke während 6—7 Tagen in 1 % Ueberosmiumsäure härtete und die Schnitte mittelst einer schwachen ammoniakalischen Lösung (20 Tropfen Liq. Ammonii caustici auf 50 C.-C. Aq. destillata) aufhellte, eine Methode angegeben, welche die Erfüllung der gestellten Aufgabe Jedem zugänglich machte. — Nichtsdestoweniger hat diese Procedur grosse Uebelstände; sie liefert vor Allem keine haltbaren Präparate, dann ist sie theuer und in ihrer Handhabung höchst unangenehm.

Diesen Nachtheilen begegnete *Weigert*[4]) durch seine allgemein bekannte Haematoxylin-, Kupferlack-Ferridcyankalium-Methode, die sich, wenn sie gut gelingt, vor allen Anderen durch ihre grosse Eleganz und durch ihre Dauerhaftigkeit auszeichnet. Der Hauptvorwurf, welcher gegen dieselbe erhoben wurde, besteht aber darin, dass sie umständlich ist, ziemlich viel Zeit in Anspruch nimmt und leider nicht immer sichere Resultate gibt und zwar besonders dann, wenn es sich um die Darstellung des ganz feinen Netzes von markhaltigen Nervenfasern in den äussersten Schichten der Gehirnrinde handelt. — *Pal*[5]) hat neuerdings wesentliche Modificationen des *Weigert*'schen Verfahrens angegeben und da ich auf Grund eigener Erfahrungen dieselben als practisch und leicht brauchbar kennen gelernt habe, so sei es mir gestattet, sie ganz kurz zu beschreiben.

Von den in *Müller*'scher Lösung und nachträglich in Alcohol genügend gehärteten Gehirnstücken werden dünne Schnitte gewonnen (0,01—0,02 Mm.), welche ohne vorherige Auswässerung in die Haematoxylinsolution gebracht werden. Dieselbe besteht aus 1,0 Haematoxylin auf 90,0 siedenden destillirten Wassers, dem nach dem Erkalten noch 10,0 absoluten Alcohol zugesetzt wurde. — Vor dem jedesmaligen Gebrauche werden 50 C.-C. der Flüssigkeit mit 8—10 Tropfen einer kalt gesättigten Lithioncarbonatlösung gemischt; die Schnitte, welche aus dem Gehirn stammen, müssen mindestens sechs Stunden darin verweilen; am sichersten ist es immer, wenn man sie erst nach 20—24 Stunden herausnimmt; für Medulla und Rückenmark genügen 2—3 Stunden. — Die Präparate werden 1—2 Minuten in destillirtem Wasser, dem wiederum einige Tropfen Lithioncarbonatlösung zugesetzt wurden, abgespült und darauf differenzirt; zu diesem Zwecke bleiben sie 30 bis 40 Secunden in einer 1/4 % wässerigen Kali hypermanganicumsolution, aus der sie nach einem kurzen (1—2 Minuten) Wasserbade in folgendes Gemisch gelangen:

Kali sulfuros., Acid. acet. aa. 1,0 : 100,0 Aq. dest. — Die Differenzirung, welche gewöhnlich 2—3 Minuten in Anspruch nimmt, ist vollendet, wenn die graue Substanz weiss, die weisse aber bläulich-schwarz erscheint; bleiben einzelne Flecke auf den Schnitten zurück, so muss die vollständige Procedur wiederholt werden. — Nachher 1—2stündiges Auswässern der Schnitte; Alcohol; Nelkenöl; Canadabalsam.

Erwähnen will ich auch hier die ebenfalls von *Pal* l. c. verbesserte *Exner*'sche Methode; die Gehirnstücke werden, wie oben angeführt, in Ueberosmiumsäure gehärtet und zur Aufhellung der Schnitte benützt man wiederum Sol. kali hypermanganici und das Gemisch von Essigsäure und Kalium sulfuros.; gelingt die Manipulation, so erhält man sehr deutliche und haltbare Präparate; leider sind aber die Schnitte sehr brüchig und viele derselben gehen beim Uebertragen von dem einen Gefässe in's andere zu Grunde.

In manchmal recht befriedigender Weise werden die markhaltigen Nervenfasern der Gehirnrinde dargestellt, wenn man sich der vielfach geübten Goldchloridmethode [6]) bedient; die Resultate sind aber doch häufig recht unsicher und es scheint mir auch, dass die Präparate nach und nach sich bedeutend verändern.

Endlich will ich noch hier ein Verfahren anführen, welches mir zur Erforschung der nervösen Elemente im centralen Nervensystem durch seine Sicherheit und rasche Wirkung seit Jahren recht gute Dienste geleistet hat. Die aus *Müller*'scher Flüssigkeit gewonnenen Schnitte werden 5—10 Minuten in einer concentrirten, wässerigen Safraninlösung gefärbt, kurz abgespült, auf ein Objectglas gebracht, mit einigen Tropfen von 1—10 % Liq. Natrii caustici bedeckt und mit einem Deckgläschen versehen. — Nach einer halben bis einer Stunde hellt sich das Präparat auf und es kommen sämmtliche markhaltige Nervenfasern und zwar auch die feinsten aus den äussersten Schichten der Hirnrinde zum Vorschein; Ganglienzellen, Neurogliagewebe sind dabei völlig zerstört. — Leider halten sich diese Präparate nicht länger als 1—2 Tage, können aber recht gut, da sie sichere Resultate geben, als Maassstab benützt werden für das, was man mittelst der *Weigert*'schen Färbung oder ihrer Modificationen erhalten sollte.

Eine durchaus eigene Stellung nimmt die von *Golgi* [7]) geübte Reductionsmethode ein. — Wer sich ein Mal mit ihr beschäftigt und gute Resultate erzielt hat, wird nicht mehr leicht eine Gehirnuntersuchung vornehmen, ohne sich derselben zu bedienen. — Nicht dass sie, wie ich von vornherein betonen möchte, stets sicher gelingt und dass man deshalb auch von den negativen Resultaten Schlüsse auf pathologische Veränderungen im untersuchten Material ziehen dürfte; dagegen haben die positiven Resultate einen entschieden hohen practischen Werth, da sie uns eine grosse Zahl von den Grundelementen der Gehirnsubstanz in einer solchen Vollständigkeit zu Gesicht führen, wie wir sie mittelst anderer Methoden niemals erreichen konnten. — Das *Golgi*'sche Verfahren besteht in aller Kürze beschrieben darin, dass in *Müller*'scher Flüssigkeit gehärtete Gehirnstücke (schon nach 10tägigem Aufenthalte in der erwähnten Flüssigkeit erzielt man häufig Resultate) für 24 bis 48 Stunden in einer $^3/_4$—1 % Sol. argenti nitrici gebracht werden, um dann, nach vorhergehender Einbettung oder mit Hülfe des Gefriermicrotoms geschnitten zu werden. Welche Elemente nun sichtbar gemacht werden, hängt offenbar sehr

vom Zufall ab; speciell vom Grade der Härtung, von der Zeitdauer, in welcher die Stücke mit Silbernitrat in Berührung blieben, von der umgebenden Temperatur u. s. w. — Am häufigsten und am besten färben sich die Ganglienzellen der Hirnrinde und die Stern- oder Spinnenzellen. Recht häufig erhält man gute Präparate aus dem Kleinhirn und aus den Centralganglien, während mir bis jetzt aus Medulla und Rückenmark nur die Darstellung der Neurogliazellen gelungen ist. — Abgesehen von dieser soeben beschriebenen Grundmethode hat *Golgi* einige Modificationen l. c. angegeben, welche, ebenfalls gestützt auf eigene Erfahrung, recht empfehlenswerth sind. — Gleich nach der Section oder auch nach kurzem Aufenthalte in *Müller*'scher Flüssigkeit können nämlich kleine Gehirnabschnitte (1 C.-C. gross) in ein Gemisch von zwei Theilen einer 1 % Ueberosmiumsäure und 8 Theilen einer 2 % Kalibichromicumlösung gehärtet und dann nach 2—3 Tagen mittelst Argent. nitric. reducirt werden; die Procedur geht auf diese Weise viel rascher vor sich und es ist nicht selten, dass man eine grosse Anzahl von einzelnen Elementen zu sehen bekommt. — Die zweite, wesentlich verschiedene Modification besteht darin, dass an Stelle von Argentum nitricum als Reductionsmittel Sublimat verwendet wird. Die wenigstens 6—8 Wochen in *Müller*'scher Flüssigkeit gelegenen Gehirnabschnitte kommen direct in eine ½ % wässrige Sublimatlösung, welche von nun an täglich gewechselt wird; nach 3—4 Wochen erhält man meistens recht schöne Zellenbilder, die noch den Vortheil besitzen, dass sie sehr haltbar sind, besonders wenn man sie, nach Angaben von *Pal* l. c., noch nachträglich mit 1 % Natriumsulfid behandelt; dadurch sollen die reducirten Quecksilberniederschläge in das viel resistentere Schwefelquecksilber umgewandelt werden. — Ich wollte, ebenfalls nach dem Vorschlage von *Pal* l. c., auch den Versuch anstellen, die mit Argent. nitric. gewonnenen Präparate in die Natriumsulfidlösung zu verbringen, fand aber, dass durch diese chemische Einwirkung gerade die feinen Zellenausläufer sehr leicht verschwinden; ebenso konnte ich mich mit der nachträglichen Nachfärbung mittelst der üblichen Farbstoffe nicht immer befreunden, da gute *Golgi*'sche Präparate dicke Schnitte verlangen, ein Umstand, auf den, so viel mir wenigstens bekannt ist, Herr Prof. *Forel* l. c., gestützt auf die Untersuchungen von Herrn Director Dr. *Bleuler*, zuerst aufmerksam machte und dessen Beachtung uns sicherlich eine grosse Reihe von Misserfolgen erspart hat. — Zur Bereitung der Schnitte haben wir uns mit Vorliebe des Gefriermicrotoms bedient; in der allerletzten Zeit konnte ich die Reduction mittelst Argent. nitric. in recht grossen Gehirnabschnitten (eine ganze Hemisphäre, welche in 4—5 Stücke getheilt ist) bei der ganz gleichen, aber mindestens 5 bis 6 Tage dauernden Behandlung gewinnen. Die Schnitte wurden dann mit Hülfe des kleinen *Gudden*'schen Microtoms nach einfacher Paraffineinbettung gemacht. — Zur Conservirung der Präparate wird von *Golgi* kurzer Aufenthalt in Alcohol, Aufhellen in Terpentinöl und Creosot und Einschliessen in Damarlack empfohlen; Deckgläser dürfen für die mit Argentum nitricum gewonnenen Bilder nicht angewendet werden. — Ich habe befriedigende Resultate erzielt, indem ich in gewohnter Weise die Schnitte 10—12 Stunden in Alcohol, der während dieser Zeit 2—3 Mal gewechselt werden soll, im Dunkeln liegen liess, dann mittelst Nelkenöl aufhellte und in Canadabalsam einschloss.

In der Discussion, welche diesen kurzen Mittheilungen folgte, hob Herr Director Dr. *Bleuler*[9]), der als Assistenzarzt im Burghölzli schon lange vor uns mit der zuletzt genannten Methode sich befasst hatte, die geringe Dauerhaftigkeit der betreffenden Präparate hervor. — *Golgi* l. c. hat selbst ein Verfahren angegeben, welches diesem allerdings recht häufig eintretenden Uebelstande in vielen Fällen begegnet; dasselbe besteht darin, dass die undurchsichtig und gelbbraun gewordenen Präparate mit dem Objectträger neuerdings in Terpentinöl gelangen, wo sie sich nach 3—4 Stunden wieder vollständig aufhellen und wie frisch bereitet aussehen.

Endlich sei es mir gestattet, hier in aller Kürze eine Modification der *Golgi*'schen Reductionsmethode anzuführen, welche vielleicht einige Vortheile gegen die anderen schon erwähnten besitzt. Herr College *Neumann*, Assistenzarzt in hiesiger Anstalt, sprach nämlich die Ansicht aus, dass die *Golgi*'schen Bilder sich eventuell auch in Brom oder in Bromverbindungen würden fixiren lassen. — Ich habe mir nun aus Gehirnabschnitten, welche in *Müller*'scher Flüssigkeit gehärtet und nachträglich mit der 0,75 % Silbernitratlösung behandelt worden waren, mit dem Gefriermicrotom Schnitte (Dicke 0,04—0,05 Mm.) bereitet, dieselben 1—2 Minuten in destillirtem Wasser abgespült und direct in das officinelle Acid. hydrobromatum während 30 — 40 Secunden verbracht. — Die ursprüngliche gelbbraune Färbung macht augenblicklich einer strohgelben, dann einer weissen Platz; auch erscheinen die sonst schwarzbraunen Punkte, welche macroscopisch den reducirten Elementen entsprechen, bei auffallendem Lichte milchig weiss, bei durchfallendem aber schwarz. Die so gewonnenen Präparate scheinen mir nun im Gegensatz zu den ursprünglichen oder selbst den mit Natriumsulfidlösung erzielten sehr unveränderlich zu sein; sie können in Wasser oder in Alcohol aufbewahrt werden und lassen sich in gewohnter Weise behandeln; auch scheinen sie recht gut ein Deckgläschen zu vertragen. — Setzt man ein solches Präparat 10—15 Minuten dem Sonnenlichte aus, so wird es braunviolett und es heben sich die einzelnen Formbestandtheile viel schärfer und deutlicher hervor. — Offenbar hat sich hier die ursprünglich gebildete chromsaure Silberverbindung (vielleicht auch eine Verbindung von Chromsilber mit Eiweissproducten) in Bromsilber umgewandelt, welches unter dem Einflusse des Lichtes in metallisches Silber übergeht. — Man kann ohne Schwierigkeiten solche Schnitte weiter färben; auch die obenerwähnte modificirte *Weigert*'sche Methode ist mir recht gut gelungen, wenn man vorher nach dem Vorschlage von *Pal* l. c. die Schnitte für 24 Stunden wieder in eine 0,5 % Chromsäurelösung verbracht hat. — Ob nun diese Präparate für längere Zeit durchaus haltbar sind, ist mir wegen der gar zu kurzen Beobachtungszeit unbekannt; jedenfalls scheinen sie mir für das feinere Studium des Centralnervensystems sehr geeignet zu sein, da sie ihrer Resistenzfähigkeit wegen zahlreiche Reagentien vertragen, ohne an der Schärfe ihrer Bilder Einbusse zu leiden.

Es würde mich zu weit von unserem eigentlichen Thema führen, an dieser Stelle auf einige der erzielten Resultate einzugehen. Ich möchte nur betonen, dass man mittelst der *Golgi*'schen Methode und ihrer Modificationen so recht augenscheinlich einen Einblick in den ganz complicirten Bau des centralen Nervensystems

bekommt und man dadurch lernt, wie äusserst vorsichtig die normalen und pathologischen Befunde beurtheilt werden müssen. Ja es scheint mir sogar, dass selbst der Entdecker dieser Methode, durch die Mannigfaltigkeit und durch den Wechsel der gewonnenen Bilder überrascht, in seinen Schlüssen zu weit gegangen ist; wenigstens glaube ich kaum, um nur ein Beispiel anzuführen, dass das so reichhaltige Netz markhaltiger Nervenfasern in der grauen Hirnrinde, welches mittelst der *Exner*'schen und *Weigert*'schen Färbung sichtbar gemacht wird, seinen Ursprung nur je einem, allerdings sich einige Mal verästelnden Fortsatze der Ganglienzellen verdankt; ich habe vielmehr aus unseren Präparaten den Eindruck bekommen, dass die protoplasmatischen Fortsätze ebenfalls reichlichen Antheil an der Bildung dieses Netzes nehmen und dass die *Gerlach*'che Ansicht gerade in der *Golgi*'schen Methode eine mächtige Stütze finden wird.

Der weiteren Forschung liegt es nun ob, in diesen schwierigen Verhältnissen Klarheit zu verschaffen.

Basel, 12. Juli 1888.

Literatur.

1) *Nissl.* Tageblatt der 58. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Strassburg 1885. S. 506.

2) *Orth.* Cursus der normalen Histologie. 1886. S. 57.

3) *Exner.* Sitzungsbericht der kaiserlichen Academie der medicinischen Wissenschaften in Wien. Band 88, III. Abtheilung. 1881.

4) *Weigert.* Fortschritte der Medicin. 1885, Nr. 8, 15. April.

5) *Pal.* Medicinische Jahrbücher. 1886, IX. Heft; 1887, IX. Heft. Wien.

6) *Gerlach.* Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften. 1872, Nr. 18.

Flechsig. Leitungsbahnen. 1876. S. 261.

Freud. Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften. 1884, Nr. 11, und Archiv für Anatomie und pathologische Anatomie. 1884.

Emminghaus. Archiv für Psychiatrie. Band 17, III. Heft.

7) *Golgi.* Sulla fina anatomia degli organi centrali etc. 1886. Milano.

8) *Forel.* Archiv für Psychiatrie. XVIII. Band, I. Heft.

9) *Bleuler.* Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. 15. März 1886.

Vereinsberichte.

Versammlung der schweizerischen Irrenärzte in Basel.

Programmgemäss trafen den 17. Juni, Nachmittags 1½ Uhr, in der neuen Irrenanstalt die schweizerischen Psychiater zu ihrer jährlichen Versammlung zusammen. Es waren folgende Herren anwesend:

Director Dr. *Challand* und Dr. *Pachoud,* Bois de Céry; Prof. Dr. *Forel* und Dr. *Mercier,* Burghölzli; Dr. *Ladame,* Genf; Director Dr. *Repond,* Marsens; Dr. *Jörger,* St. Pirminsberg; Director Dr. *Bleuler,* Rheinau; Director Dr. *Ackermann,* Rosegg; Director Dr. *Fetscherin,* St. Urban; Dr. *Minsenberger,* Spiess, Bern; Dr. *von Speyr,* Waldau; Prof. Dr. *Wille,* Dr. *Greppin* und Dr. *Neumann,* Basel. Als Gast Herr Director Frey, Mitglied der Aufsichtscommission in Basel.

Nach eingenommener Mahlzeit, während welcher die Anwesenden vom Vorsitzenden, Herrn Prof. *Wille*, auf's Wärmste begrüsst wurden, fand unter Leitung des Letzteren die Besichtigung der neuen Anstalt statt, welcher eine gesellige Zusammenkunft in der Kunsthalle nachfolgte.

Der Bitte einiger jüngeren Collegen entsprechend hatte Herr Prof. *Forel* die Güte, Montag den 18., um 8¼ Uhr Vormittags, an vier Angestellten der Anstalt (2 Männern,

2 Frauen) hypnotische Versuche zu machen, welche in überzeugender Weise bei drei derselben recht gut, beim Vierten nur theilweise gelangen. — Alle vier Personen waren bis dahin noch nie hypnotisirt worden.

Darauf fand um 9 Uhr die eigentliche Sitzung statt, an welcher ausser den schon oben Genannten noch folgende Mitglieder und Gäste theilnahmen:

HH. Director Dr. *Schaufelbuel*, Königsfelden; Director Dr. *Burckhardt*, Préfargier; Dr. *Bernoulli;* Dr. *Buri;* Dr. *Dubler;* Prof. Dr. *Immermann;* Pfarrer Dr. Jung, Anstaltsgeistlicher; Prof. Dr. *Miescher;* Alt-Rathsherr Dr. *Müller;* Dr. *Rütimeyer;* Dr. *Schwendt;* Dr. *Sury.*

Vorsitzender ist Herr Prof. *Wille.* Als Schriftführer werden Herr Dr. *Neumann* für die deutschen, Herr Dr. *Greppin* für die französischen Vorträge bestimmt.

I. Vortrag. Herr Prof. *A. Forel* vom Burghölzli bei Zürich theilt einen Fall von **„Folie à quatre“** mit.

„Bekanntlich beruht die Eigenthümlichkeit des inducirten Irreseins (Folie à deux, trois, quatre etc.) darauf, dass die Wahnideen des Kranken ihm von einem Anderen inducirt worden sind.

Auf Verfügung des Gemeinderathes Illnau (Canton Zürich) und auf Grund eines Zeugnisses von Herrn Dr. *Held* wurden am 7. Juli 1887 die vier Geschwister Schmid von Illnau: Caroline, Louise, Anna und Johann der Heilanstalt Burghölzli zugeführt. — Mutter und Grossmutter waren geisteskrank, der Vater war jähzornig. Es gibt noch einen Bruder, der Lumpensammler in Aussersihl und geistig ziemlich beschränkt ist.

Die untrennbaren vier Geschwister arbeiteten früher zusammen in verschiedenen Fabriken, lebten sehr sparsam, streng und überspannt religiös, fleissig und sittlich. Sie hatten sich zusammen circa Fr. 8000 gespart und ein Haus in Illnau gebaut, auf welchem circa Fr. 1300 Schulden lasten. In den letzten Jahren schon wurden diese Geschwister durch ihre überspannte Religiosität, ihre Abwesenheit von der Landeskirche, ihre Abgeschlossenheit gegenüber andern Menschen auffällig.

Anfangs 1886 hatten sie eine Zeitlang vergebens nach Arbeit gesucht. Anna, welche auf der Suche war, und überhaupt, obwohl die jüngste, die leitende Rolle spielte, klagte ihr Leid einem Herrn auf der Eisenbahn. Derselbe soll ihr gesagt haben: „Es käme vom Krieg zwischen England und Russland; so lange er walte, gebe es keine Arbeit“. Einige weitere Versuche, Arbeit zu bekommen, misslangen. Nun entschlossen sich alle vier Geschwister, nach Illnau zu reisen und keine Arbeit mehr zu suchen, sondern aus ihren Renten in ihrem Hause zu leben, da es doch „des Krieges zwischen England und Russland wegen keine Arbeit mehr gebe“. Und so thaten sie. Sie sperrten sich im Hause ein, kümmerlich lebend, nichts thuend als singen und beten, oft Tag und Nacht.

Dieses Leben führten sie ein volles Jahr hindurch, was offenbar sehr verschlimmernd auf ihren ohnehin bereits abnormen Geisteszustand wirkte. Caroline wurde allmälig total verrückt, hallucinirte, lärmte, lief von Hause weg, was zu Scandalen Anlass gab. Die Dorfjugend beschimpfte die armen Leute, warf ihnen Koth aus den Fenstern nach etc., was den bereits vorhandenen Wahn, von der Welt verfolgt zu sein, bei ihnen bestärkte. — Sie wurden immer störrischer und unzugänglicher. Die Scandalscenen mit der Caroline mehrten sich, und als die Behörde einschritt, gab es einen heftigen Kampf; Johann wehrte sich wie verzweifelt.

Bei der Aufnahme in die Anstalt leierte Anna ihre Kriegs- und Verfolgungswahnideen herunter, was alle drei Anderen ihr wörtlich nachsprachen.

Die Trennung der Geschwister in verschiedenen Abtheilungen der Anstalt wirkte günstig, vermochte jedoch bei keinem der Geschwister die Wahnideen zu entwurzeln. Alle ergaben sich, Gott vertrauend, dem Unvermeidlichen. Die hallucinatorische Verwirrtheit der Caroline entwickelte sich immer weiter. Louise arbeitete dagegen fleissig und wurde probeweise am 27. September 1887 mit Johann entlassen. Doch war es nicht möglich, draussen dieselben zur Vernunft und zur Arbeit zu bringen. Louise übernahm die Führerrolle; beide sperrten sich wieder in's Haus hinein und der Scandal brach noch ärger aus

als zuvor. Es wurde so arg, dass der Vormund sie beide am 28. März 1888 wieder der Anstalt zuführen musste. Da zeigten sich Louise und Johann wesentlich verschlimmert. Der Glaube am englisch-russischen Krieg war fester als je (während er sich bei Anna in letzter Zeit etwas geschwächt hatte); beide Geschwister waren äusserst gereizt.

Wir haben nun im Sinn, eine Probe mit der Entlassung der Anna allein zu machen. Das unglückliche Haus sollte aber zuerst verkauft werden.“

Herr Prof. *Wille* macht zu dem Vortrage einige Bemerkungen. Zunächst theilt er eine von ihm jüngst gemachte Beobachtung mit, wo vier Angehörige einer Familie innerhalb drei Wochen erkrankten. Es war dies ein Fall einer inducirten Emotionspsychose, wo nicht die Wahnideen, sondern die Gemüthserregung das übertragende Moment bildeten. Es ist dies also ein Beispiel für die zweite Gruppe des inducirten Irreseins. Sodann möchte er im Fall *Forel*'s das Hauptmoment auf die originäre Veranlagung legen. Endlich sei ihm merkwürdig der Ausdruck des „verrückten Blickes“ im Vortrage von College *Forel.* Man sollte solche Ausdrücke nicht sehr verallgemeinern. Es wurde schon vor längerer Zeit von *Jacobi* darauf aufmerksam gemacht; die Beschreibung gehört *Griesinger*, er nennt ihn den erotisch-hysterischen Blick.

Herr Prof. *Forel* hält die Ansicht fest, der Fall sei bezüglich Induction typisch; alles habe sich unter die Wahnidee vom russisch-englischen Krieg untergeordnet.

Herr Director *Burckhardt* theilt auch einen Fall mit. Von fünf Geschwistern brach bei der älteren eine mania puerperalis aus; zwei Jahre später brach bei vier anderen eine Form von primärer Verrücktheit aus.

Herr Dr. *Ladame* bemerkt dazu, der Fall von Herrn *Burckhardt* stimme nicht vollständig überein mit dem Fall von Prof. *Forel;* dagegen habe er die grösste Aehnlichkeit mit einem Fall von Prof. *Ball.* Einen sehr typischen Fall theilt, durch Herrn Prof. *Wille* veranlasst, Herr Dr. *Jœrger* mit.

Derselbe betrifft eine Mutter und zwei Töchter. Die Töchter waren von Vaters Seite sehr erblich belastet; die Mutter war eine gebildete Dame. Die Mutter fing an, an Verfolgungswahn zu leiden; dabei machte die Mutter ihre Töchter mit der Wahnidee bekannt, welche dieselben auch annahmen.

Im Zusammenhang mit reinen inducirten Gefühlen bei seinen hypnotischen Versuchen theilt Herr Prof. *Forel* einen Fall von Hypochondrie mit, bei welchem die Beobachtung gemacht wurde, dass Patient während 14 Tagen alle Symptome des Trippers durchmacht. Patient hatte vor längerer Zeit einen wirklichen Tripper überstanden.

II. Vortrag. Herr Director Dr. *Challand.* — **Questions de psychiatrie, comme objet de l'examen médical fédéral.** — (Réglement nouveau.)

Als Beweis der Nothwendigkeit des Studiums der Psychiatrie führt Redner die Zeugnisse an, welche die practischen Aerzte behufs Aufnahme von Kranken an die Anstaltsdirectionen schicken müssen. — In der Examencommission, deren Mitglied Herr *Challand* ist, gab sich anfänglich ein energischer Widerstand gegen die Neuerung kund; man wollte den alten Zustand, d. h. die facultative Prüfung in der Psychiatrie von Seite der Professoren für innere Medicin beibehalten. Erst als der Beschluss gefasst wurde, dass Physiologie im Staatsexamen von den Candidaten nicht mehr verlangt werde, konnte die nunmehrige definitive Entscheidung getroffen werden.

Eine zweite Frage, welche Redner aufstellt, ist die, ob der Student unter den jetzt gegebenen wissenschaftlichen Verhältnissen an den verschiedenen Prüfungsorten auch gleichmässig examinirt werden könne? Während des Antwerpener Congresses war der Beschluss gefasst worden, eine allgemeine statistische Eintheilung der Geistesstörungen zu veranstalten; bis jetzt sind keine nennenswerthen Resultate in dieser Hinsicht zu verzeichnen. Ist das nicht ein Nachtheil für die Prüfung? Ein Lehrer hat diese, ein anderer jene Classification; auch sind die Lehrbücher in dieser Hinsicht wesentlich verschieden. Könnte man nicht eine Norm feststellen, welche für alle Examinatoren der Psychiatrie bindend wäre und den Bedürfnissen der Prüfung selbst entsprechen würde?

In der lebhaft geführten Discussion ergreift in erster Linie Herr Prof. *Miescher*

das Wort. Er war in der Sitzung anwesend, wo der Antrag besprochen wurde; von Herrn Prof. *Forel* vorgeschlagen, wurde er von Herrn Prof. *Klebs* sehr warm empfohlen. — Das Argument, dass die Erkenntniss einer Psychose Sache des practischen Arztes sei und dass letzterer deshalb in der Psychiatrie bewandert sein solle, beherrschte die Commission und bewog sie besonders zur Annahme des Antrages.

Herr Prof. *Forel:* Es sei besser, wenn der Student vom Psychiater examinirt werde; dadurch enthebt man sich vieler Missverständnisse. — In Deutschland gibt es besondere Physicatsprüfungen; nur der Betreffende, welcher ein solches Examen bestanden hat, kann ein Gutachten abgeben; es sei jedoch vortheilhafter, wenn alle Aerzte in der Psychiatrie bewandert sind. — Der Wunsch von Herrn Director *Challand* werde wohl nur ein frommer Wunsch bleiben; eine gemeinsame Classification sei nur sehr schwer möglich. Die Professoren, welche examiniren, werden eben auf den Studiengang der Studenten Rücksicht nehmen müssen; man könnte höchstens an die Ausarbeitung einer Synonymie der Ausdrücke für Deutschland und Frankreich denken.

Herr Director *Challand* sieht recht wohl ein, dass es schwierig sei, eine gemeinsame Classification der Psychosen festzustellen; indem er aber gerade die Aufmerksamkeit der Herren Examinatoren auf diese Frage leitete, hoffte er, dass man sich zu einer Art „Modus vivendi“ vereinbaren könnte.

Herr Dr. *Ladame.* — Weniger die Eintheilung der Krankheitsformen selbst als vielmehr das Programm über das, was examinirt werden kann, sollte hier in's Gewicht fallen. — Würde sich mit der Prüfung der allgemeinsten Thatsachen begnügen.

Herr Prof. *Wille.* — Psychiatrisches Examen ist ein Theil des psychiatrischen Unterrichts; wenn examinirt wird, entsteht viel mehr Interesse für denselben. — In Deutschland waren es die medicinischen Facultäten, welche von der Einführung eines psychiatrischen Examens nichts wissen wollten, nicht die Behörden. Besser bestellt war in dieser Hinsicht früher Bayern, indem daselbst bis zum Jahre 1870 das psychiatrische Examen bestand. — Vor etwa 6 Jahren hat Redner schon die gleiche Anregung für die Schweiz gemacht, als Herr Dr. *Müller* Präsident der Prüfungscommission war; die Sache verlief aber damals in den Sand. — Auffallend ist, dass man in der neuen Ordnung nur ein Semester obligatorisch für Psychiatrie festgestellt hat; es sollten zwei Semester als unbedingt nothwendig erachtet werden und zwar psychiatrische Klinik allein oder zuerst ein Semester Theorie, dann ein Semester Klinik. — Beim Examen selbst wäre es besser, wenn man anstatt Theorie über einen bestimmten klinischen Fall prüfen würde. — Die Classification sei nicht so wichtig; man solle ja froh sein, wenn man es so weit bringt, dass der Arzt weiss, was krank ist oder nicht krank ist.

Herr Prof. *Forel* theilt vollständig die Ansichten des Herrn Prof. *Wille.* Er glaubte jedoch im Antrage nicht zu weit gehen zu dürfen; sonst würde man vielleicht gar nichts erreicht haben. — Die Studenten fürchten am meisten die mündliche Prüfung; daher habe er seinen Vorschlag in diesem Sinne gemacht. — In einer Reihe von Jahren könne man dann eventuell mehr verlangen.

Herr Dr. *Müller.* Psychiatrie wurde in der Examen-Commission damals unberücksichtigt gelassen nicht deshalb, weil sie als eine „Science accessoire“ angesehen wurde, sondern aus Hochachtung für diese Specialwissenschaft; es sei besser, nichts in der Sache zu machen, als ziellos sich damit zu beschäftigen. — Glaubt daher, dass der jetzige neue Passus im Examenreglement ein Fehler sei; würde lieber die Einführung einer Physicatsprüfung, wie in Deutschland, begrüsst haben. — Der Student der Medicin sei jetzt schon ganz ungeheuer mit Examenfächern überlastet.

Herr Director Dr. *Challand.* Er habe nicht sagen wollen, dass die engere Examencommission die Psychiatrie als eine Science accessoire angesehen habe, sondern habe dabei im Allgemeinen eine Ansicht betonen wollen, die man häufig zu hören Gelegenheit hat.

Herr Director Dr. *Burckhardt.* Wir haben bei uns nicht die Wahl, einige Aerzte

aussuchen zu können, sondern Jeder ist berechtigt, einen Patienten in die Anstalt zu schicken. — Schliesst sich daher den Ausführungen von Herrn Prof. *Wille* an.

Herr Prof. *Forel.* Hochachtung nützt der Psychiatrie gar nichts, weder den Professoren noch den Studenten. — Unsere Specialwissenschaft befasse sich mit der Lehre der Gehirnkrankheiten, daher sei sie zum Examen ebenso gut wie eine andere Abtheilung der innern Medicin berechtigt.

III. Vortrag. Herr Director Dr. *Burckhardt.* **Weitere Mittheilungen über Gefässbewegungen. Theoretisches und Practisches.**

Er bespricht die neuesten Arbeiten auf dem Gebiete der Sphygmographie und findet seine schon früher ausgesprochene Ansicht bestätigt, dass das durch das *Marey*'sche und andere Instrumente gewonnene Pulsbild nicht unterscheiden lasse, was in demselben cardialen, was vasculären und was etwa noch andern Ursprungs sei, und dass hierin gewiss vielfache Verwechslungen vorkommen. Er hält die vasculäre Welle, wie er sie in seiner Arbeit über „Gehirnbewegungen“ und wie sie *Mützenberg* in seiner Inaugural-Dissertation „Die vasculäre Welle in der Carotiscurve“, Bern 1885, beschrieben hat, für den eigentlichen und unzweifelhaften Ausdruck der Gefässbewegung.

Diese specifisch vasculären Bewegungen sind bisher am Gehirn, an der Carotis und an den Extremitäten nachgewiesen worden. Die grossen Gefässgebiete der Brust und des Bauches haben sich aber der directen Untersuchung entzogen.

Herr Dr. *Burckhardt* hatte nun an aus andern Gründen aufgenommenen Respirationscurven bemerkt, dass dieselben ebenfalls eine eigene auf- und niedergehende Wellenbewegung zeigen und zwar die der Brust sowohl als die des Bauches.

Er verfolgte nun die Sache näher.

Die Vergleichung des *Cheyne-Stokes*'schen Phänomens und eines Falles von Lungenarterienembolie mit der Athemcurve des Schlafenden und des Wachenden in verschiedenen Zuständen ergab, dass die Fusspunkte der thoracalen sowohl als der abdominalen Respirationscurve Wellenlinien beschrieben, welche nicht als respiratorisches, sondern als circulatorisches Phänomen zu deuten sind, dass dieselben die vasculäre Welle der Lungenresp. der Eingeweidearterien darstellen.

Der Vortragende erörtert deren Verhalten gegenüber den vasculären Wellen anderer Gefässbezirke im gesunden Zustande sowie in einem Falle von Catatonie.

Er schliesst daran, und um die Wichtigkeit dieser Verhältnisse zu illustriren, die Besprechung von zwei Heilmitteln, welche hervorragende Gefässmittel sind, nämlich des Strychnins und des Plumbum aceticum.

Ersteres in den Depressionsphasen circulärer Psychosen methodisch und längere Zeit angewandt, letzteres besonders in Fällen sogenannter geringer Tobsucht, die in unheilbare Schwäche überzugehen drohen und beide durch Krankengeschichten und Curven erläutert.

Die Arbeit wird in extenso im „Archiv für Psychiatrie“ erscheinen.

IV. Vortrag. Herr Dr. *L. Greppin.* **Mittheilungen über einige der neuern Untersuchungsmethoden des centralen Nervensystems.** — (Siehe diese Nummer.)

Nachher Demonstration des Gefrierapparates mittelst Methylchlorid und des *Roy-Malassey*'schen Microtoms; Vorlegen einzelner Photographien von *Golgi*'schen Bildern; Besichtigung von Präparaten, welche nach den erwähnten Methoden verfertigt wurden.

Herr Prof. *Forel* bestätigt auch die Mittheilung, dass man mittelst des Gefrierapparates nur dann brauchbare Schnitte erhält, wenn die einzelnen Elemente vorher mittelst Alcohol, Chromsäureverbindungen u. s. w. fixirt wurden. — Ferner möchte er betonen, dass nicht er, sondern Herr Director Dr. *Bleuler*, sich Verdienste um die Technik der *Golgi*'schen Methode erworben hat.

Herr Director Dr. *Burckhardt* würde es gerne sehen, wenn bei der Beschreibung der einzelnen Methoden sämmtliche technische Momente, die zum Gelingen der Färbung nothwendig sind, genau angeführt würden.

Herr Director Dr. *Bleuler* hat häufig beobachtet, dass seine *Golgi*'schen Präparate

mit der Zeit sich veränderten und nach und nach unbrauchbar wurden; auch hat er bei der Verwendung von destillirtem Wasser zur Aufnahme der *Golgi*'schen Schnitte schlechte Erfahrungen gemacht.

Der Vortragende hat ebenfalls mit der Zeit viele seiner *Golgi*'schen Präparate verloren; er glaubt, dass man am besten fahren wird, wenn man sich ganz genau an die von *Golgi* selbst gegebenen Vorschriften hält.

V. Vortrag. Herr Prof. *Wille*. **Die Psychiatrie des Felix Plater.** Wenn in Basel die schweizerischen Irrenärzte zusammenkommen, so wird wohl jedem der Collegen die Erinnerung an *Felix Plater* in seiner Bedeutung als Psychiater kommen. Und dies mit Recht. Die Bedeutung *Plater*'s für die Entwicklung unserer Psychiatrie ist viel grösser, als wir im Allgemeinen annehmen und als sie insbesondre in der psychiatrischen Literatur zum Ausdruck gekommen ist. Bei meinen Studien der Abhandlungen über Geisteskrankheiten, wie sie in den Werken *Felix Plater*'s, seiner „Praxis medica“ und seinen „Observationes“ veröffentlicht sind, habe ich den bestimmten Eindruck erhalten, dass der Einfluss *Felix Plater*'s auf die Entwicklung unserer Disciplin eine viel eingehendere Würdigung verdient, als sie ihm bis jetzt zu Theil geworden ist. Ich wollte es mir zur Aufgabe machen, diese Ehrenrettung unseres bedeutenden Basler Psychiaters in meinem Vortrage zu unternehmen, um ihm damit die richtige Stellung in der Psychiatrie zu verschaffen.

Wenn ich mich nun auf ein paar kurze Bemerkungen beschränke, geschieht dies deshalb, weil unsere Sitzung bereits mehr als 5 Stunden dauert und alle Anwesenden naturgemäss jetzt mehr Bedürfniss nach leiblicher Erholung, als nach neuen wissenschaftlichen Mittheilungen fühlen.

Meine vorläufigen Mittheilungen bestehen darin, dass *Plater,* wenn er auch in Bezug auf pathologische Theorien ein Kind seiner Zeit war, doch immer und immer wieder betonte und zu beweisen suchte, dass Geistesstörungen in Erkrankungen des Hirns bestehen. Er lernt uns auch eine Menge pathologischer Vorgänge im Hirne kennen, aus denen er die geistige Störung ableitet und erscheint durch diese Betonung der pathologisch-anatomischen Veränderungen geradezu als ein würdiger, frühzeitiger Vorläufer *Morgagni*'s. Er beschreibt in seinen „Observationes“ alle möglichen Formen von Seelenstörungen und es entgehen der Schärfe seiner Beobachtung selbst solche Fälle nicht, die die neueste Zeit zu entdecken für sich in Anspruch genommen hat. Ich erwähne nur der Fälle von Irresein mit geistigen Zwangszuständen, der folie à deux, der transitorischen Psychosen. Merkwürdig ist, dass bei ihm so wenig wie bei seinen Vorgängern solche Krankheitsbilder sich finden, die zweifellos mit unserer progressiven Paralyse in Zusammenhang gebracht werden könnten. Auch des Irreseins bei Kindern finde ich keine Erwähnung. In seiner Aetiologie kennt er die Bedeutung der Vererbung, führt sie aber nur für angeborne Schwächezustände, den Idiotismus und Kretinismus an, während er für die in späterem Alter auftretenden Psychosen dieses Moment nicht verwerthet. Dass es bei ihm auch noch übernatürliche Krankheitsursachen gibt, dass der Einfluss guter und böser Geister, das Anwünschen eine Rolle in der Aetiologie spielen, kann mit Rücksicht auf den Geist seiner Zeit nicht auffallen. Seine prognostischen Bemerkungen bei den verschiedenen psychischen Krankheitsformen beweisen uns, dass *Plater* Vieles zu beobachten Gelegenheit hatte, sehr gut beobachtete und seine reichen Beobachtungen gut verwerthete. Weniger rühmend möchte ich seiner Therapie erwähnen. Sie zeugt allerdings oft von einer geradezu verblüffenden Naivität, von einer in gewisser Beziehung zu beneidenden Glaubens- und Ueberzeugungsstärke. Wenn wir aber bedenken, dass die Zeit *Plater*'s den ersten Beginn des Wiedererwachens der Medicin als Wissenschaft bildet, dass diese Zeit gerade so sehr in Anspruch genommen war, Irrthümer zu bekämpfen und auszurotten, als Besseres an deren Stelle zu setzen, so werden wir auch diese Seite seiner Thätigkeit milde beurtheilen müssen. Bleibt ihm doch immerhin das Verdienst vorbehalten, den Kranken gegenüber mit Nachdruck ein menschliches Verfahren empfohlen und von der Anwendung roher Eingriffe nach Möglichkeit abgerathen zu haben.

Die Zeit der Renaissance ist ein leuchtendes, erfreuliches und erhebendes Bild in den Entwicklungsstadien des menschlichen Geisteslebens. Wir Irrenärzte dürfen stolz darauf sein, dass auch unser Fach durch *Felix Plater* seine Wiedererweckung würdig gefunden hat!

Schluss der Sitzung 3/42 Uhr; darauf gemeinsames Mittagessen in der Anstalt, an welchem auch einige unserer Gäste theilnahmen.

Leider waren einzelne Mitglieder verhindert, der freundlichen Einladung der Basler medicinischen Gesellschaft zu einem Abendbankett in der Kunsthalle Folge zu leisten. Um so pünktlicher fanden sich die Zurückgebliebenen zur festgesetzten Stunde ein, wo sie in Abwesenheit vom derzeitigen Vorsitzenden vom Senior der medicinischen Gesellschaft, Herrn Dr. *Hægler*, auf's herzlichste begrüsst wurden.

Nach der Dankrede von Herrn Prof. *Wille* entwickelte sich bis in später Stunde ein heiteres Festleben, das für sämmtliche Theilnehmer wohl stets eine angenehme Erinnerung sein wird.

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

Fünfte Sitzung im Sommer-Semester 1888, Dienstag den 3. Juli, im Café du Pont.[1])

Präsident: Dr. *Schaerer*. — Actuar: Dr. *Dumont*.

Anwesend 18 Mitglieder und 1 Gast.

1. Dr. *Stooss* als Präsident und Dr. *Beck* als Cassier des Krankenmobilienmagazins geben Bericht über den Betrieb des Institutes im Jahre 1887. Derselbe litt bedeutend unter mangelhafter Bedienung, da der Verwalter, Herr Meister, durch anderweitige Berufsthätigkeit sehr in Anspruch genommen, seinen für das Krankenmobilienmagazin übernommenen Pflichten nicht mehr genügen konnte. Er wurde daher zum Schluss des Jahres durch Herrn Beck-Huber ersetzt und gleichzeitig die Mobilien, dringender Gründe wegen, in ein anderes Local an der Neuengasse verlegt, für welches von nun an 40 Fr. halbjährlich an Miethe bezahlt werden müssen. Das Krankenmobilienmagazin erfreut sich in Folge dieser Veränderungen und seitherigen zahlreichen Neuanschaffungen seit Neujahr eines bedeutend vermehrten Zuspruches.

Das Vermögen des Instituts betrug auf 1. Januar 1888:

An Inventarwerth aus dem Jahre 1886	Fr.	1076. 85
An Neuanschaffungen während des Jahres 1887	„	73. —
An Baarschaft und angelegten Capitalien	„	981. 13
	Fr.	2130. 98

Unter den Einnahmen figuriren an Miethgeldern für ausgeliehene Gegenstände während des ganzen Jahres 1887 nur Fr. 196. 50.

Der Bericht gibt zu verschiedenen Bemerkungen von Seite der Vereinsmitglieder Anlass, welche von den HH. DDr. *Stooss* und *Beck* zum Theil berichtigt, zum Theil zu Handen der Commission für das Krankenmobilienmagazin ad notam genommen werden.

2. Dr. *Sahli* hält einen Vortrag **„Ueber den modernen Stand der Immunitätsfrage“.** (Siehe Spitze dieser Nummer.)

In der Discussion bemerkt Prof. *Nencki*, dass die Ansicht, nach welcher thierische Organismen Producte bilden, welche die pathogenen Pilze bekämpfen, eine schon seit längerer Zeit vertretene und durch gewisse Experimente gestützte sei. Es ist überhaupt sehr wahrscheinlich, dass chemische Vorgänge bei dem Kampfe der Zellen gegen Pilze eine sehr grosse Rolle spielen. Dafür spricht der schon vor 9 Jahren von Prof. *Spillmann* gelieferte Nachweis, dass einige besonders pathogene Microben, z. B. Milz-

---

[1]) **Eingegangen den 17. Juli 1888. Red.**



brandbacillen, dem Ozon sehr lange widerstehen können, während andere, namentlich nicht pathogene durch denselben rasch vernichtet werden. *Spillmann* war zudem der Erste, der das Verhalten der Milzbrandbacillen in Gasen genauer kennzeichnete und nachwies, dass dieselben im Ozonstrome weniger wachsen, als im Sauerstoffstrome. Dies hier hervorzuheben scheint um so indicirter, als es in der Bacteriologie gewöhnlich übersehen wird. — Als pathogen definirte daher schon damals *Nencki* alle Organismen, die dem activen Sauerstoffe widerstanden. Einen weitern Anhaltspunkt für seine Ansicht betreffs chemischer Vorgänge sieht *Nencki* in dem Verhalten der Carnivoren gegen alle möglichen Spaltpilze an. Der Hund z. B. ist mit Ausnahme der Wuth und der Stäupe für die meisten Infectionskrankheiten beinahe immun, während Omnivoren, speciell aber die Herbivoren für alle möglichen Krankheiten sehr disponirt sind. Es spricht diese Erscheinung entschieden für den Einfluss der chemischen Beschaffenheit des Organismus auf die Empfänglichkeit. Der Umstand ferner, dass die nach der alten Methode (Blutserum) ungemein schwierige Züchtung der Tuberkelbacillen, wie neuere Arbeiten dargethan haben, leicht gelingt, wenn man dem Nährmedium Kohlehydrate, Glycerin, oder nach *Nencki* auch Hefe zusetzt, lässt sich ebenfalls in diesem Sinne verwerthen. — Dies, zusammengehalten mit der relativen Immunität der Carnivoren gegen Infectionskrankheiten, auch gegen Tuberculose, lässt sogar direct die Fleischnahrung als die beste Nahrung zur Erzeugung der Immunität gegen Krankheiten ansehen und empfehlen.

Dr. *Dubois* hält dafür, dass die Frage der Immunität noch immer eine sehr offene sei. Die Schutzimpfungen, mit welchen die Forscher in's practische Leben treten, sind nur als Nothbehelf aufzufassen. Er glaubt viel mehr an die Bekämpfung der Organismen durch eine richtige Prophylaxis und zweckmässige Hygieine.

Dr. *Stooss* möchte doch den Werth der Schutzimpfungen nicht unterschätzen. So hat der Canton Bern seit der Einführung der Impfung bei Rauschbrand ca. 30,000 Fr. weniger zu entschädigen gehabt, als früher.

Auch Prof. *Nencki* möchte für den practischen Werth der Schutzimpfungen einstehen, deren Resultate bei Pocken, Milz- und Rauschbrand doch sehr ermuthigend seien.

Dr. *Sahli* bemerkt im Anschluss an das *Nencki*'sche Votum, dass er seiner Zeit von der Thatsache, dass Tuberkelbacillen auf zuckerhaltigem Nährboden besonders gut wachsen, ausgehend, Versuche gemacht hat, Phthisiker auf Diabetesdiät zu setzen, da bei dieser der Zuckergehalt des Blutes erheblich abnimmt. Der Erfolg war ein völlig negativer. Die Kost wurde nicht vertragen und der Zustand verschlimmerte sich. Ein neues Beispiel, wie complicirt und wie ganz verschieden von dem, was man bei Culturen mit künstlichen Nährmedien beobachtet, die Verhältnisse des lebendigen Körpers sind!

Dr. *Ost* regt die Frage an, wie sich denn nach der *Sahli*'schen Auffassung in der principiellen Identität der Heilung und Immunität die Thatsache erkläre, dass gewisse Krankheiten nicht immunisiren?

Hierauf erwidert Dr. *Sahli,* dass nichts desto weniger, seiner Ansicht nach, zwischen immunisirenden und nicht immunisirenden Krankheiten nur graduelle Unterschiede existiren. Es stehe nichts im Wege anzunehmen, dass jede Infectionskrankheit einigermaassen, wenn vielleicht auch nur für Tage oder Wochen immunisire. Schon das Typhusrecidiv sei als eine Durchbrechung der für Typhus im gewöhnlichen Sinne des Wortes fraglichen, nach der allgemeinen Auffassung von *Sahli* dagegen schon in dem Heilungsprocess ausgesprochenen Immunität zu betrachten. Wenn man dagegen einwendet, dass es ja Infectionskrankheiten gebe, welche nicht nur nicht immunisiren, sondern im Gegentheil zu wiederholtem Erkranken zu disponiren scheinen (Erysipel, Pneumonie, Diphtherie), so ist hierauf zu bemerken, dass gerade hier in dem relativ gutartigen Verlauf der wiederholten Erkrankungen (habituelles Erysipel, etc.) eine Andeutung von Immunität liege. Dass nichts desto weniger die Wiederholung der Krankheit nicht ausbleibt, liegt daran, dass es sich hier um Individuen handelt, welche eine sehr starke primäre Disposition für die Krankheit mitbringen.



Referate und Kritiken.

Ueber Pflege und Ernährung der Neugebornen.

Von Dr. *H. Meyer*, Docent. Zürich, Verlag: Meyer & Zeller. 1887.

Das Büchlein von circa 90 Druckseiten behandelt in drei Abschnitten das Stillen an der Mutterbrust, die Ammenernährung und die künstliche Ernährung. In einem vierten Abschnitt geht Verfasser auf die gewöhnlichsten Störungen im Befinden der Neugebornen ein. Ein kleiner Anhang handelt vom Impfen. Der Inhalt der einzelnen Abschnitte ist den neuern Errungenschaften dieses Gebietes entsprechend gehalten und dem practischen Arzte geläufig. Mit bewunderungswürdigem Geschick hat *Meyer* diese neuen Erfahrungen und wissenschaftliche Deductionen in eine populäre Form gebracht, so dass das Buch als eine allgemein verständliche Schrift den Frauen und Hebammen namentlich zur Belehrung bestens empfohlen werden kann. Auch mancher practische Arzt wird das Büchlein gerne lesen und zu Rathe ziehen. Besonders vortrefflich behandelt sind die drei ersten Abschnitte. Der vierte scheint mir weniger glücklich ausgefallen. Darin spricht der Verfasser vom „scharfen“ Fluss der Frauen und Höllensteineinträufelungen in die Augen der Kinder. Wenn *Meyer* in der Belehrung der Frauen so weit gehen will, warum hat er bei der Besprechung der wunden Warzen nicht auch die übliche Therapie angegeben? Der bescheidene Preis (Fr. 1. 20) der Schrift wird ihr den Weg erleichtern. Sehr zu wünschen ist eine grosse Verbreitung derselben. *Debrunner* (Frauenfeld).

Compendium der practischen Toxicologie.

Von Prof. Dr. *R. Kobert*. Stuttgart 1887, Ferdinand Enke. 184 S. Preis 4 Mark.

Das vorliegende Compendium ist eine zeitgemässe Umarbeitung des vor 20 Jahren erschienenen gleichnamigen Werkes von *A. Werber*. Es ist, entsprechend seiner Tendenz, übersichtlich und concis geschrieben; die Art der Darstellung ist streng wissenschaftlich; bei der Therapie der Vergiftungen kommen aber auch die practischen Bedürfnisse zur Geltung. Sehr willkommen ist Anfang und Schluss des Werkes: Als Einleitung gibt *Kobert* nämlich eine allgemeine Toxicologie, in welcher namentlich die chemischen und physiologischen Methoden des Giftnachweises besprochen werden.

Am Schluss findet sich noch eine kurze Zusammenstellung und Charakterisirung der bis jetzt bekannten Ptomatine. — Das Ganze ist ein Muster von Präcision und Vollständigkeit. *A. Burckhardt.*

Veränderung des allgemeinen Körpergewichts durch Krankheiten.

Von *Ernst Kohlschütter*. Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 303. Leipzig, Breitkopf & Härtel. 1887.

Die regelmässige Messung des Körpergewichtes ist eine sehr wichtige und schöne Untersuchungsmethode. Verfasser hat sie fleissig geübt und dadurch ein recht klares Bild der Schwereschwankungen bei Typhus und Tuberculose aufstellen können.

Beim Typhus sinkt das Gewicht erst rasch, dann langsamer. Die Ursache ist hauptsächlich die gesteigerte Verbrennung; sie wird weniger lebhaft, wenn schon mehr Material verbraucht ist. Mit dem Augenblicke der vollständigen Entfieberung beginnt wieder ein Steigen des Gewichtes, das aber langsamer ist, als der Abfall. Es scheint — und das wäre ein sehr wichtiger Punkt —, dass die antipyretische Behandlung die Verminderung des Körpergewichtes nicht aufhält; als ob die Temperaturerhöhung eine Hemmung der Verbrennung sein könnte.

Die Gewichtscurve bei Tuberculösen ist sehr unregelmässig, weil viel mehr Umstände sie beeinflussen. Die Verbrennung, Appetitmangel, Schweiss, Diarrhoen, Lösung von Infiltrationen machen Senkungen; Hebungen entstehen durch Fiebernachlass, Nahrungszufuhr, Diarrhoestillung, Infiltrationen und Wasserretention. *Seitz.*

Die Erkrankungen des Ellbogengelenkes

nach Beobachtungen aus der *Kocher*'schen Klinik von Dr. *E. Kummer*.

Den zahlreichen, während der letzten Jahre namentlich auch von schweizerischen Kliniken und Spitälern publicirten Arbeiten über Gelenkkrankheiten (*Albrecht*, *Caumont*,



Isaac, Wartmann etc.) schliesst sich die *Kummer*'sche Arbeit, die ein einziges Gelenk, das Ellbogengelenk, zum Gegenstand ihrer speciellen Betrachtung macht, in würdiger Weise an. Verf. verfügt über nicht weniger als 106, in einem Zeitraum von 15 Jahren in der Klinik und Privatklinik von Prof. Dr. *Kocher* in Bern beobachtete, resp. behandelte Fälle.

Zunächst bespricht Verf. die verschiedenen Arten der Olenitis, wobei sich schon durch die grosse Zahl der Fälle die tuberculöse Arthritis in den Vordergrund des Interesses drängt, während die übrigen Formen: syphilitische, gonorrhoische, rheumatische und traumatische naturgemäss einen kleineren Raum einnehmen. Die tuberculöse Olenitis wird denn auch in Bezug auf Aetiologie, Art des Auftretens und Anatomie einer eingehenden Untersuchung unterworfen. Am häufigsten (in 42 °/₀ der Fälle) tritt sie auf im Alter von 10 — 20 Jahren. Hereditäre Belastung spielt bei der Aetiologie eine hervorragende Rolle, indem nicht weniger als 37,8 °/₀ der Kranken aus tuberculöser Familie stammten. Traumen der verschiedensten Art wurden in 55 °/₀ der Fälle als Gelegenheitsursache erkannt. Die fungösen Erkrankungen theilt *K.* ein in primäre Ostitis, primäre Synovitis und in fungöse Arthritis, von denen die erstere die häufigste zu sein scheint. — Bei der Differentialdiagnose legt *K.* grossen Werth auf den Nachweis des Tuberkelbacillus, resp. den gelungenen Impfversuch. An einem speciellen Fall wird nachgewiesen, welche Wichtigkeit die richtige Erkenntniss des Infectionsstoffes (in spec. Syphilis) auch für die erfolgreiche Therapie hat. Am ausführlichsten wird die Therapie besprochen. Nach *K.* ist die Gefahr allfälliger miliarer Impftuberculose nach Resectio cubiti eine minimale; im Gegentheil soll „die Behandlung der localen Tuberculose am Ellbogen die übrigen tuberculösen Localisationen eines Individuums günstig beeinflussen und dadurch sein Leben verlängern", was durch Zahlen erhärtet wird. Die Behandlung war in der grossen Mehrzahl der Fälle eine operative, indem von 92 Fällen in 64 Fällen die totale, in 10 die partielle Resection, in 5 die Reresection, in 4 die Arthrotomie, in 4 die Amputation und in 7 das Evidement vorgenommen wurde. Das gebräuchlichste Verfahren war die Totalresection mit dem *Ollier*'schen Bajonett oder Z-Schnitt, das genau beschrieben wird; der Schwerpunkt wird bei den tuberculösen Fällen auf die sorgfältigste Entfernung des Kranken wie bei einem malignen Tumor gelegt.

Sehr werthvoll sind die *K.*'schen Angaben über die Erfolge der Behandlung, über die sich *K.* durch genaue Untersuchung aller ihm zugänglichen Kranken Rechenschaft zu geben suchte. In Bezug auf Details müssen wir auf die Arbeit selbst verweisen und bemerken nur, dass die Resultate im Ganzen sehr erfreuliche waren, sowohl was das Allgemeinbefinden, als auch den localen Status, Schmerzlosigkeit und Gebrauchsfähigkeit anbetrifft. *K.* kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schlusse, dass bei fungöser Olenitis die conservative, resp. exspectative Behandlung eine sehr unsichere Sache ist, und dass dadurch die Krankheit unendlich in die Länge gezogen wird, und dass die operative Behandlung entschieden bedeutend mehr Chancen einer befriedigenden Heilung bietet.

Wir begrüssen in der *K.*'schen Arbeit einen werthvollen Beitrag zum Studium der Resectionsfrage. ***Wiesmann.***

Anatomische Untersuchungen über die menschlichen Rückenmarkswurzeln

von Dr. *Ernst Siemerling*, Assistenzarzt in Berlin. Berlin bei A. Hirschwald. 1887. 32 S.

Die Erklärung und Begründung klinischer Thatsachen aus dem Gebiete der Nervenpathologie aus den pathologisch-anatomischen Befunden bietet die grössten Schwierigkeiten und weist viel Unsicheres und Willkürliches auf. Es rührt dies ohne Zweifel vor allem davon her, dass wir aus path.-anatom. Ergebnissen Schlüsse machen und aus ihnen Lehren aufstellen, während wir über die normalen Verhältnisse und Vorgänge nur ganz unvollkommen orientirt sind. Es ist daher selbstverständlich, dass die Arbeiten über die path. Anatomie des Nervensystems erst dann Anspruch auf Anerkennung und practische Gültigkeit haben können, wenn sie auf sichere Kenntnisse der normalen Beschaffenheit dieser Theile sich stützen. Es ist eine im höchsten Grade verdankenswerthe Leistung, die der Verf. aufweist, indem er über die Beschaffenheit, Anordnung und Entwicklung der Nervenfasern in den Rückenmarkswurzeln des gesunden Menschen eingehende Untersuchungen anstellte und dieselben in klarer Darstellung mittheilt. Ueber die Methode der

Untersuchung, sowie über die einzelnen Ergebnisse derselben wird Jeder, der im Gebiete der normalen wie der pathologischen Anatomie des Rückenmarks arbeitet, aus dem Schriftchen des Verfassers selbst sich Rath und Aufschluss holen müssen und finden.

L. W.

Compendium der Lehre von den frischen subcutanen Fracturen

von Dr. *Stetter*, Docent in Königsberg. Verlag G. Reimer, Berlin. 114 pag.

Seinem vor 2 Jahren erschienenen Heft über Luxationen lässt der Verf. hiemit das zugehörige Capitel über die Fracturen, in derselben compendiösen Weise abgefasst, erscheinen, wie es der Studirende oder der practische Arzt als Repetitorium sich wünschen mag. Klare Darstellung in kurzer prägnanter Form, Weglassung des Nebensächlichen und scharfe Markirung der Hauptsachen sind die Vorzüge dieser Broschüre. — Ueberdies illustriren eine Anzahl recht guter Abbildungen die einzelnen Abschnitte. *Garrè.*

Ueber die Beziehungen des moralischen Irreseins zu der erblich degenerativen Geistesstörung.

Von *Binswanger*. *Volkmann*'s Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 299. 42 S. Preis 70 Pf.

Verf. gibt einleitend einen kurzen Ueberblick über die Wandlungen in der Bedeutung des Ausdrucks Moral Insanity. Derselbe wurde zuerst von *Prichard* im Sinne von „Gefühlsirresein“ für gewisse, meist acute Krankheiten gebraucht und diente schliesslich zur Bezeichnung einer angebornen psychischen Krankheit mit vorwiegender Störung der moralischen und ethischen Sphäre und wurde nun seit längerer Zeit missbräuchlich in einer Menge von Fällen angewendet, wo ein Verbrecher nicht den gewöhnlichen Typus zeigte. Dieser Missbrauch lässt sich nur dadurch bekämpfen, dass man den Ausdruck „moralisches Irresein“ nicht mehr als Bezeichnung einer besonderen Krankheit, sondern blos als Ausdruck für einen Symptomencomplex, der sich, wie gezeigt wird, bei den verschiedensten Krankheitszuständen vorfinden kann, gelten lässt. Man sollte sich deshalb nie mit der Diagnose Moral Insanity begnügen, sondern in jedem Falle die zu Grunde liegende Psychose feststellen. Von der eigentlichen angebornen Moral Insanity nun zeigt Verfasser, dass sie nur eine Spielart des angebornen Schwachsinns sei, und will sie durch das Vorhandensein der starken erblichen Belastung und der übrigen Merkmale der erblich degenerativen Geistesstörung vom Schwachsinn, sowie vom Verbrecherthum unterscheiden. Die ausführliche Besprechung der degenerativen Geistesstörung bildet deshalb einen wesentlichen Theil des Vortrages, der noch durch die Anführung dreier werthvoller Stammbäume und einer ausführlichen Krankengeschichte ein besonderes Interesse erhält. Einzelne von den Auseinandersetzungen des Verf. werden wohl auf Widerspruch stossen; doch ist hier nicht der Ort, näher darauf einzugehen. *Bleuler.*

Cantonale Correspondenzen.

Thurgau. Ein Verfahren zu unblutiger Entlastung des kleinen Kreislaufes. Das Zeitalter der Aderlässe und der Blutegelcolonnen ist vorüber; während früher die Aderlanzette täglich in der Hand des Arztes lag, kann jetzt ein Jahr vergehen, ohne dass sie je einmal gebraucht wird. Aber — müssen wir fragen — waren denn die Aerzte früherer Zeiten alle Thoren oder Verirrte, dass sie so massenhaft zu Ader liessen? Oder hätte sich wohl ein therapeutischer Eingriff so lange und in solcher Verbreitung halten können, wenn er nicht wirksam gewesen wäre? Gewiss nicht. Gewiss basirte die Behandlung mancher Krankheitssymptome vermittelst des Aderlasses auf ganz richtigen Beobachtungen; in der ganzen Welt — bei civilisirten und uncivilisirten Völkern — unabhängig von einander hat sich das Verfahren eingebürgert; auf empirischem Wege gelangten wohl die Meisten zu dem Resultate, dass in vielen Krankheiten eine Blutentziehung Erleichterung — ja Heilung verschaffe. — Aber diese therapeutische Maassregel erlitt das Schicksal so vieler anderer — sie wurde zu sehr verallgemeinert und gedankenlos — schablonenmässig ausgebeutet. Keine fieberhafte Krankheit wurde ohne Aderlass behandelt, wie dies übrigens in verschiedenen südlichen — auch sogenannten Culturstaaten, jetzt noch theilweise gebräuchlich ist. — Es wurde damit hie und da genützt, aber viel mehr geschadet.



Dem physiologisch denkenden Arzte treten manche Krankheitsbilder entgegen, in denen er eine Verminderung der Blutmenge, eine Herabsetzung des Blutdruckes als höchst rationell und wünschenswerth erachten muss. Sehr oft aber ist die Schwächung, welche eine Blutentziehung auf den Organismus ausübt, perniciös und grösser, als der Vortheil, den das Verfahren im gegebenen Augenblicke böte. Wenn ein anämischer Phthisiker plötzlich von Hämoptoë befallen wird, so liegt der Wunsch nahe, den intravasculären Druck rasch zu vermindern, damit die Gefässwunde sich eher schliessen und die Blutung aufhören kann; aber auf der andern Seite werden wir uns wohl hüten, einem ohnehin geschwächten und neuerdings Lebenssaft und -kraft verlierenden Organismus noch mehr Blut zu entziehen. — Ein ähnliches Verhältniss ist oft bei beginnendem Lungenödem. Einem durch langjährige Albuminurie anämischen Patienten, der im Begriffe ist, seröse Durchtränkung des Lungengewebes zu erfahren, oder einem vielleicht abgearbeiteten, hinfälligen Pneumoniker, der an der Grenze des Lungenödems steht, noch Blut zu entziehen, lässt sich nicht verantworten. Man corrigirt vielleicht unter Umständen die augenblickliche Gefahr, verschlechtert aber die Chancen für die Zukunft.

Ich kam deshalb auf den Gedanken, in solchen Fällen den kleinen Kreislauf zu entlasten, ohne einen Tropfen Blut zu opfern. Das Verfahren, das ich vor 2 Jahren in der Frühjahrssitzung des thurgauischen kantonalärztlichen Vereines mitgetheilt habe, besteht in elastischer Umschnürung der Extremitäten, so zwar, dass der arterielle Zufluss unbehindert, der venöse Rückfluss aber grösstentheils unterbrochen ist. — Dies hat zur Folge, dass in kurzer Zeit ein beträchtliches Blutquantum — wenn ich so sagen darf — dem allgemeinen Kreislauf entzogen und in den Extremitäten zurückgehalten wird, dass sich der Körper gleichsam anschickt, sich in seine Extremitäten zu verbluten. Ueber die Menge des auf diese Weise in einen Arm oder ein Bein abgezogenen Blutes müssen directe Wägungen oder noch besser volummetrische Messungen genauen Aufschluss geben. Um dieses Quantum ist und bleibt während der ganzen Dauer der Umschnürung — und dieselbe wird in angegebener Form und richtiger Stärke sehr lange ertragen — der übrige Kreislauf entlastet und diese Entlastung kommt natürlich rasch auch dem kleinen Kreislauf zu gut. — Vorläufig habe ich sphygmographisch den Effect der Umschnürung nachgewiesen, indem ich beide Beine und einen Arm umschnürte und am freigelassenen Arm den *Dudgeon*'schen Sphygmographen aufsetzte und einen sehr langen Streifen zur Hälfte vor und zur Hälfte nach der Umschnürung vollschreiben liess. — Die subjectiven Gefühle und Angaben der Patienten bestätigen das theoretische Raisonnement in vollem Maasse; bei Lungenhyperämie, Ueberfüllung des Herzens etc. ist der Erfolg oft ein eclatanter. — Misserfolge können auf zu schwacher oder zu starker Umschnürung beruhen oder — auf unrichtiger Diagnose. Am besten verwendet man bleistiftdicken schwarzen Patentgummischlauch; derselbe muss möglichst central angelegt werden und zwar so, dass er die Extremität nur einmal umfasst; vor dem Knoten zieht man ihn bis zur Grenze des Platzens in die Länge; oder man verwendet mit Vortheil ein *Esmarch*'sches Klemmholz, welches die Bemessung der Spannung in exactester Weise erlaubt.

Die Indicationen erhellen aus dem physiologischen Effect. Ich erwähne nur: Lungenhyperämie, Stauungserscheinungen in innern Organen, Hämoptoë; verschiedene Herzaffectionen etc. etc.

Nachdem ich mich während zwei Jahren überzeugt habe, dass das Verfahren einigen practischen Werth besitzt, wollte ich dasselbe den Herren Collegen vorläufig in dieser kurzen Mittheilung zur Prüfung anempfehlen. *E. Haffter.*

Zürich. Im Laufe des Monats Juni hielt Herr Dr. *O. Roth* im hygieinischen Institut einen **bacteriologischen Curs** ab, der von mehreren jungen Collegen und dem Unterzeichneten besucht wurde. Gang und Methode des Unterrichtes, die Art der Einführung in die practischen Arbeiten und die gewonnenen Resultate an Verständniss und Können in der neuen Disciplin haben alle Theilnehmer hoch befriedigt. Die strenge Durchführung der *Koch*'schen Cultur- und Untersuchungsmethoden und der augenscheinlich vom Berliner Hygieinischen Institut übertragene und in Reincultur forterhaltene gesunde Bacillus skepticus haben allen Betheiligten imponirt. — Die schöne übersichtliche Darstellung der Serien nichtpathogener, saprophytischer und parasitischer Bacterien, die verschiedenen Erscheinungsformen auf differenten Nährböden und die Prüfung der Pathogenität durch Thierexperimente erweckten das Interesse in hohem Maasse.

Rühmliche Erwähnung verdient auch noch die einfache und hübsche Färbetechnik für Deckglas und Schnittpräparate. Dem gelungenen Curs wünschen wir eine ununterbrochene Serie von Vivat sequens. *Rohrer.*

Wochenbericht.

Schweiz.

Herr **Ed. Schär, Prof. der Pharmacie** am eidgen. Polytechnikum, Mitglied des ärztlichen Centralvereins, ist laut „Schweiz. Wochenschrift für Pharmacie", Nr. 20 am 8. Mai nebst den HH. *D. Mendelejeff*, Prof. der Chemie in St. Petersburg, und *J. v. Sachs*, Prof. der Botanik in Würzburg, zum Ehrenmitgliede der „Pharmaceutical Society of Great Britain" in London ernannt worden. — Wir gratuliren zu dieser ehrenden Anerkennung.

Basel. Universität. Dr. *F. Siebenmann* aus Aarau hat sich an der medicinischen Facultät als Privatdocent für Otiatrie und Laryngologie habilitirt.

— **Die medicinisch-chirurgische Gesellschaft des Cantons Bern** stellt folgende Preisfrage:

„Inwieweit sind die Vorwürfe wegen Ueberbürdung der Kinder in den Schulen eines bestimmten schweizerischen Territoriums vom ärztlichen Standpunkt aus gerechtfertigt?"

Es handelt sich vor Allem um positive Beobachtungen in einem örtlich begrenzten, aber verschiedene Arten von Schulen darbietenden Beobachtungskreis, um die sichere ätiologische Durchführung dieser Beobachtungen auf zu hohe Ansprüche der Schule und um Untersuchungen über die relative Frequenz solcher Fälle bei verschiedenen Schulen. Blos theoretische oder compilatorische Arbeiten könnten nicht berücksichtigt werden.

Für die Prämirung der eingehenden Arbeiten steht eine Summe von Fr. 800. — zur Verfügung. Die prämirten Arbeiten werden Eigenthum der Gesellschaft; sie können jedoch gegen Einreichung einer kleinen Zahl von Gratis-Exemplaren den Autoren zum Druck in ihrem eigenen Nutzen überlassen werden. Falls die eingegangenen Arbeiten nicht genügen sollten, behält sich die Gesellschaft vor, eine zweite Ausschreibung anzuordnen.

Die Bewerber haben ihre Arbeiten, in deutscher oder französischer Sprache leserlich geschrieben, mit einem Motto versehen und von einem mit dem gleichen Motto versehenen versiegelten Zettel begleitet, der die Adresse des Autors enthält, bis zum

30. Juni 1889

an die Adresse des unterzeichneten Präsidenten einzusenden.

Bern, 1. August 1888.

Namens der Gesellschaft:
Der Präsident: Prof. Dr. *Kocher.*
Der Secretär: Prof. Dr. *Sahli.*

Bibliographia helvetica. Dissertationen der schweizerischen medicinischen Facultäten im Jahre 1887.

Zürich. 1) *Cäsar Amiet*, Solothurn: Die Tuberculose der Bindehaut des Auges.

2) *Anna Bäumler*, München (Bayern): Ueber Höhlenbildungen im Rückenmark.

3) *Samuel Bollag*, Oberendingen (Aargau): Ueber Mediastinaltumoren im Kindesalter.

4) *Friedrich Held*, Zürich: Ueber Trippercomplicationen.

5) *Armin Huber*, Wallenstadt (St. Gallen): Myographische Studien bei Paralysis agitans.

6) *Alfred Keppler*, Muhen (Aargau): Ueber Pleuritis pulsans.

7) *Emil Köhl*, Bergün (Graubünden): Ueber die Ursachen der Erschwerung des Décanulement nach Tracheotomie im Kindesalter wegen Diphtherie.

8) *Arnold Masje*, Mohilew (Russland): Untersuchungen über die Wärmestrahlung des menschlichen Körpers.

9) *Carl Meyer*, Winterthur (Zürich): Die Uterusfibroide in der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett.

10) *Heinrich Nägeli*, Enge (Zürich): Ueber die Beziehungen der Lues zur Tabes dorsalis.

11) *Wladislaus Onufrowicz*, Enge (Zürich): Das balkenlose Microcephalengehirn Hofmann.

12) *Hans Siegrist*, Brugg (Aargau): Klinische Untersuchungen über Leberkrebs.

13) *Lucius Spengler*, Wiesen (Graubünden): Die Veränderungen des Radialpulses während und nach Aenderung der Körperstellung, untersucht an Gesunden und Kranken.

14) *Hermann Steiner*, Dürrenäsch (Aargau): Ueber Schusswunden aus der Friedenspraxis mit Rücksicht auf die analogen Verletzungen im Kriege.

15) *Jakob Zellweger*, Hauptweil (Thurgau): Anatomische und experimentelle Studien über den Zusammenhang von intercraniellen Affectionen und Sehnervenerkrankung.

16) *Ernst Zürcher*, Bühler (Appenzell): Die geburtshülfliche Landpraxis.

Basel. 1) *J. Winiger*, Luzern: Mittheilungen über die Resultate der Thoracocentese einfach-seröser pleuritischer Exsudate.

2) *Samuel Keser*, Thalheim (Aargau): L'énucléation ou l'extirpation intraglandulaire du goître parenchymateux.

3) *E. Rippmann*, Rothenfluh (Baselland): Die Pockenepidemie des Cantons Baselland im Jahre 1885.

4) *Gottfr. Widmer*, Basel: Ein Fall von Situs transversus completus regularis, intra vitam diagnosticirt und durch die Autopsie erhärtet.

5) *Jos. Fahm*, Basel: Hausinfectionen im Kinderspital in Basel.

6) *Paul Ribaux*, Bevaix (Neuchâtel): Contribution à l'étude de l'étiologie des Psychoses.

7) *Achilles Nordmann*, Basel: Ueber klysmatische Läsionen des Mastdarms.

8) *Otto Laubi*, Winterthur: Ueber die körperlichen Degenerationszeichen bei Geisteskranken.

9) *Erich von der Goltz*, Graudens (Preussen): Die präcipitirten Geburten der Stadt und Umgebung von Basel.

10) *Charles Henri Richard*, Neuchâtel: Die Geschwülste der Kiemenspalten.

11) *Karl Hagenbach*, Basel: Ueber complicirte Pankreaskrankheiten und deren chirurgische Behandlung.

12) *Arnold Lotz*, Basel: Ueber croupöse Conjunctivitis.

13) *Karl Hufschmid*, Trimbach (Solothurn): Die Frage der Antipyrinbehandlung des Typhus abdominalis.

14) *Karl Mellinger*, Mainz (Hessen): Ueber die Magnet-Extractionen an der Basler ophthalmologischen Klinik.

15) *Hermann Straumann*, Waldenburg (Baselland): Ueber ophthalmoscopischen Befund und Hereditätsverhältnisse bei der Myopie.

16) *E. Eichenberger*, Fahrwangen (Aargau): Ueber Weiterverbreitung tuberculöser Processe nach Operationen.

Bern. 1) *Anna Gitiss*, Kieff: Beiträge zur vergleichenden Histologie der peripheren Ganglien.

2) *Bertha Finn*, Bialystock: Ueber die Wirkungen von Nährflüssigkeiten auf das Herz.

3) *Max Lebensbaum*, Warschau: Versuche zur Bestimmung des bei der Spaltung der Hæmoglobinkrystalle in Hæmatin und Eiweiss aufgenommenen Sauerstoffs.

4) *Alexandra Smirnowa*, Moskau: Ueber das Verhalten der drei isomeren Nitrobenzolaldehyde im Thierkörper.

5) *Julia Brinck*, Helsingborg: Ueber synthetische Wirkung lebender Zellen.

6) *Henri Steinhäuslin*, Bern (Arzt): Ueber die pharmakologischen Wirkungen und die therapeutische Anwendung des Coniinum hydrobromatum.

7) *Robert Werner*, Löhningen (Arzt): Ueber die Wirkung der Galle und der gallensauren Salze auf die Nieren.

8) *Nicolaus Wassilieff*, St. Petersburg: Wo wird der Schluckreflex ausgelöst?

9) *François Machon*, Neuchâtel (Arzt): Contribution à l'étude de la dilatation de l'estomac chez les enfants.

10) *Alexandra Bogolubsky*, Nertschinsk: Ueber Pigmentflecken der Haut.

11) *Helene Goldberg*, Schaki: Beitrag zur Mortalitätsstatistik der Entbindungsanstalt in Bern.

12) *Jakob Zumstein*, Seeberg: Beiträge zur Entwickelung und Herkunft der Vogelkeimscheibe. (Ueber das Mesoderm der Vogelkeimscheibe.)

13) *Jules Dénériaz*, Sitten: Etude sur la Chéloide.

14) *Paul Meyer*, Herisau: Untersuchungen über die Veränderungen des Blutes in der Schwangerschaft.



15) *Paul Regard*, Genf: Contribution à l'étude de la Bronchite fibrineuse.

16) *Emil Dind*, Lausanne: Des erreurs professionnelles et de la responsabilité médicale.

17) *Hector Cristiani*, Triest: Contribution à l'étude du développement des tumeurs malignes dans les muscles striés.

18) *Max Lesnik*, Warschau: Ueber einige Aether der Salicylsäure und ihr Verhalten im Organismus.

19) *Friedrich Stocker*, Luzern: Welchen Einfluss üben die Mydriatica und die Myotica auf den intraocularen Druck unter physiologischen Verhältnissen.

20) *Robert Glaser*, Niederhüningen: Die antiseptische Wundbehandlung in forensischer Beziehung.

21) *Anna Panoff*, St. Petersburg: Ueber die Zerlegung der aromatischen Säureäther im Organismus und durch das Pankreas.

22) *Anna Epstein*, Wilna: Furchen und Windungen des Gehirns des Fuchses und des Bären, nebst Bemerkungen über den Sulcus cruciatus und die Fissura parieto-occipitatis des Bären-Gehirns.

23) *Benedict Streit*, Belpberg: Beiträge zur Kenntniss der Resectio Pylori.

24) *Wera Kotljarewsky*, Wladikaukasus: Untersuchung über die untere laterale Stirnwindung des menschlichen Gehirns.

25) *Raissa Nitaburch*, Wladikaukasus: Beiträge zur Kenntniss der menschlichen Placenta.

26) *Nadine Popoff*, Rostoff: Ueber die Bildung des Serumalbumins im Darmcanale.

Genf. 1) *L. Bourget*, Vaudois: Contribution à l'étude des ptomaïnes et des bases toxiques de l'urine dans la fièvre puerpérale.

2) *Albert Soutter*, Vaudois: Contribution à l'étude des résections atypiques dans les articulations.

3) *Bento de Aranjo Cintra*, Brésilien: Essai sur la suppuration dans les néoplasmes.

4) *L. J. A. Mégevaud*, Genevois: Contribution à l'étude anatomo-pathologique des maladies de la voûte du pharynx.

5) *R. Baroncelli*, Italien: Contribution à l'étude physiologique des courants unipolaires.

Ausland.

— Die HH. Professoren *Fritsch* in Breslau und *Kaltenbach* in Halle haben den Ruf auf den gynäcologischen Lehrstuhl nach Würzburg abgelehnt; tertio loco ist *Hofmeier* in Göttingen vorgeschlagen.

— Gestützt auf 7jährige Erfahrung empfiehlt *Sidney Gramshaw* folgende **Behandlung des Abdominaltyphus** als die beste: Milchdiät. Innerlich: Rp. Acid. carbol. gtt. 12; T^{re} jodin. gtt. 16; Aq. dest. 150,0; Syr. Cort. aurant. 20,0; 4stündlich 2 Esslöffel voll. Nach 2 Tagen: Sinken der Temperatur; kräftiger Puls; feuchte Zunge; an Stelle der Diarrhoe Obstipation, die mit Clysmen (mit Zusatz von Ol. Ricini) zu bekämpfen ist. Bei Neigung zu Erbrechen wird die Carboldosis etwas verkleinert und etwas verdünnte Salzsäure zugesetzt. (Lancet.)

— In Paris tagte vom 25.—31. Juli der **Congress für das Studium der Tuberculose bei Mensch und Thier**, unter dem Präsidium der Herren Professoren *Chauveau*, *Villemin* und *Verneuil*. Die einschlägigen Fragen wurden in zahlreichen Vorträgen, Demonstrationen und Discussionen behandelt. Wesentlich Neues wurde nicht gebracht, dagegen schliesslich folgende Anträge angenommen:

1) Zu den Befugnissen der Sanitätsbehörden sollen alle Fragen gehören, welche sich auf ansteckende Krankheiten unserer Hausthiere beziehen, auch auf solche, die gegenwärtig noch nicht auf den Menschen übertragbar erscheinen. Zu Kuhpocken, Rotz, Hundswuth, Milzbrand, Tuberculose können später noch andere infectiöse Allgemeinerkrankungen kommen, welche ebenfalls allgemeine Schutzmaassregeln erfordern.

2) Mit allen zu Gebote stehenden Mitteln — die Schadloshaltung der Betroffenen inbegriffen — muss das Princip festgehalten werden, dass von tuberculösen Thieren stammendes Fleisch in Beschlag zu nehmen und zu vernichten ist, gleichviel ob die specifischen Localbefunde am Thiere leichtere oder schwerere seien.

3) Es sind populäre Instructionen abzufassen und massenhaft zu verbreiten, welche lehren, durch welche Mittel man sich am besten der Gefahr der tuberculösen Infection durch die Nahrung erwehren kann und wie die gefährlichen Keime im Spucknapf von Tuberculösen zu zerstören sind.

4) Die Milchcuranstalten sind ganz besonders zu überwachen, damit ja keine Milch von kranken Kühen zur Verwendung kommen kann.

(Nach der „Semaine médicale" Nr. 3.)

— **Verbreitung der Tuberkelbacillen durch Fliegen.** Auch Dr. *E. Hoffmann* in Dresden hat in dem Darminhalte von Fliegen, die er dem Krankenzimmer eines an hochgradiger Tuberculose verstorbenen Patienten entnommen, zahlreiche Tuberkelbacillen gefunden. Ausnahmslos fand er dieselben auch in den als unzählige Fliegenflecke die Wände jenes Zimmers bedeckenden, eingetrockneten Ausleerungen. Gesunde Fliegen, mit tuberculösem Sputum gefüttert, gaben stets ein positives Untersuchungsresultat und starben nach wenig Tagen massenhaft. — Die Frage der Lebensfähigkeit dieser von den Fliegen abgesetzten Tuberkelbacillen ist mit Ja zu beantworten, da ein mit Fliegendarm geimpftes Meerschweinchen typische Erscheinungen allgemeiner Tuberculose zeigte. Die Möglichkeit der Uebertragung auf den Menschen durch die von solchen Fliegen belagerten Speisen etc. ist einleuchtend. — Ergo: Die Spucknäpfe der Tuberculösen können nicht sorgfältig genug behandelt werden. (C. f. Corr.-Blatt 1887, pag. 607.)

— **Gegen Kinderdiarrhöen,** besonders gegen die grünen, unverdaute Caseïnreste enthaltenden Ausleerungen, rühmt Dr. *Zinnis* („Union méd.") neben Enthaltung von allen mehligen Stoffen folgende Arzneiverordnung:

Rp. Aq. fœniculi 75,0; Aq. Calcariæ 6,0; Bismuth subnitr. 3,0; Syr. aur. flor. 15,0. D. S.: 2stündlich 1 Caffeelöffel voll zu nehmen.

— Der **Niederrheinische Verein für öffentliche Gesundheitspflege** wünscht auf dem Wege des **Preisausschreibens** eine grössere Zahl von Aufsätzen über Gegenstände der Gesundheitspflege zu erhalten, welche sich als Lesestücke für deutsche Volksschullesebücher eignen.

Diese Aufsätze müssen:

1) dem kindlichen Fassungsvermögen der Schulkinder im Lebensalter von 8 bis 14 Jahren angepasst und

2) kurz sein, d. h. den Umfang von 2, höchstens 3 Druckseiten (Octav — $10^1/_2$: 17 cm. — bei deutlich grosser Druckschrift) nicht übersteigen;

3) der Inhalt der Aufsätze soll sich auf die Gesundheitspflege des einzelnen Menschen und des Hauses, sowie auch auf die öffentliche Gesundheitspflege beziehen.

Es sollen bis zu 30 Aufsätze belohnt werden und zwar jeder Aufsatz mit 80 Mark.

Die Aufsätze sind bis zum 1. Januar 1889 an den Secretär des Vereins, Herrn Sanitätsrath Dr. *Lent* in Köln, kostenfrei einzusenden; der Name des Verfassers ist in einem mit einem Zeichen oder Motto versehenen verschlossenen Briefumschlage beizufügen; die Handschrift muss das gleiche Zeichen oder Motto tragen.

Die von den Preisrichtern des Preises würdig erkannten Aufsätze werden Eigenthum des Vereins. Der Verein beabsichtigt die preisgekrönten Aufsätze im Druck zu veröffentlichen zu dem Zwecke, dass die Herausgeber von Volksschullesebüchern diese Aufsätze kostenfrei, nur mit Angabe der Quelle, benutzen können.

Das Preisrichteramt werden ausüben:

1. Herr Oberbürgermeister *Becker* in Köln.
2. Herr Schulinspector Dr. *Boodstein* in Elberfeld.
3. Herr Geh. Sanitätsrath Dr. *Graf* in Elberfeld.
4. Herr Sanitätsrath Dr. *Lent* in Köln.
5. Herr Regierungs- und Schulrath Dr. *Schönen* in Köln.

Die deutsche Tagespresse, die deutschen medicinischen, hygieinischen und pädagogischen Zeitschriften werden im Interesse des Zwecks um kostenfreie Veröffentlichung dieses Preisausschreibens gebeten.

— **Ueber nervösen Husten und seine Behandlung.** Ueber diese Affection berichtet *O. Rosenbach* in einer lesenswerthen Arbeit in der „B. Klin. W." 1887, Nr. 43. Er rechnet zu der Categorie des nervösen Hustens solche Fälle, wo in Ermanglung jeder palpablen Schleimhautveränderung (der Nase, des Pharynx, des Larynx und der Bronchien) eine rein nervöse Störung, eine Leitungshyperästhesie in den den Hustenreflex vermittelnden Bahnen, als Ursache der Erscheinungen anzusehen ist. Auszuschliessen sind jene Fälle, die auf schweren organischen Läsionen des Centralnervensystems und der Nach-

barschaft der den Husten vermittelnden Bahnen (Aneurysma der Aorta, Tabes etc.) beruhen.

Klinisch hat man 2 Arten zu unterscheiden: bei der ersten — paroxysmalen Form tritt der Husten krampfhaft, rauh, bellend, stark explosiv auf, während bei der zweiten Form ein gleichförmiges, ohne Anstrengung erfolgendes Räuspern besteht.

Auf Anfälle der ersten Gruppe folgen zuweilen mehrstündige Pausen, während bei der andern Gruppe das Hüsteln oft kaum minutenlange Intervalle zeigt. Nicht selten geht die erste Form in die zweite über, während das Umgekehrte nicht beobachtet wird. Die erste Form kommt fast ohne Ausnahme in den zwei ersten Lebensdecennien zur Beobachtung, die zweite nur bei Erwachsenen und zwar vorzugsweise bei Frauen. Gewöhnlich wird kein Schleim expectorirt, doch kann es in seltenen Fällen in Folge der mechanischen Insulte der Schleimhaut zu einer Schleimhautabsonderung kommen. Stets fehlen die Anfälle im Schlafe, oder bei Ablenkung der Aufmerksamkeit des Patienten; auch bei schweren Anfällen kommt es weder zu Cyanose, noch zu Dyspnœ, noch zu einer Beeinflussung des Pulses.

Aetiologisch ist bemerkenswerth, dass das Leiden gewöhnlich an einen acuten Larynx-, Pharynx- oder Trachealcatarrh anschliesst. Es scheint somit eine erhöhte Erregbarkeit in den reflexvermittelnden Bahnen vorzuliegen.

Was den Verlauf betrifft, so kommt es nur ausnahmsweise zu einem spontanen Aufhören der Anfälle; dieselben können jahrelang bestehen, ohne die Ernährung oder den allgemeinen Zustand des Patienten ungünstig zu beeinflussen. Nicht selten kommt es zu Remissionen mit nachfolgenden Exacerbationen.

Therapeutisch ist die interne Verabreichung der Narcotica und Sedativa ebenso erfolglos, wie die örtliche Anwendung adstringirender oder beruhigender Medicamente. Als einzige Therapie ist die psychische zu empfehlen: Androhung schmerzhafter Proceduren, Application des electrischen Pinsels, Hebung der Willenskraft des Patienten behufs temporärer Unterdrückung des Hustens u. dgl. m. Bei der zweiten Categorie des nervösen Hustens vermochte *R.* überhaupt keinen dauernden Erfolg zu erzielen; während er bei der ersten Form die vorzüglichen therapeutischen Resultate hervorhebt. *G.*

— **Ueber Impotentia generandi.** In den letzten Jahren sind von Prof. *Fürbringer* interessante klinische Mittheilungen über die Sterilität des Mannes — in verschiedenen Fachschriften zerstreut — erschienen. In Nr. 28 der „D. M. W." gibt *F.* nun eine kurze Uebersicht seiner diesbezüglichen Erfahrungen, die doch in mancher Hinsicht von den allgemein verbreiteten Anschauungen abweichen.

Die Sterilität des Mannes kann, abgesehen von der Impotenz im engern Sinne bedingt sein durch 1. Azoospermie, eine der häufigsten, und 2. Aspermatismus, eine der seltenern Grundlagen der Impotentia generandi. Unter Azoospermie versteht man den Mangel an Spermatozoen im Ejaculat. Es besteht dabei potentia ejaculandi und auch meist potentia coëundi.

Das Secret der Prostata, das sich bei der Ejaculation dem Sperma beimischt, ist entgegen frühern Anschauungen, die es als zähe, eiweissähnliche Flüssigkeit beschrieben, ein dünnflüssiges, milchiges Product, microscopisch als eine Aufschwemmung von kleinen Lecithinkügelchen bestehend. Es characterisirt sich durch seinen intensiven Spermageruch. Das Secret des Hodens aber ist völlig geruchlos, und die Spermatozoen liegen dicht gedrängt als starre, unbewegliche Fäden neben einander. *F.* gelang der Nachweis, dass die Samenfäden erst durch die Beimischung des Prostatasecretes beweglich werden; und aus diesem Umstande würde sich die physiologische Bedeutung der Prostata erklären — die bisher noch in geheimnissvolles Dunkel gehüllt war.

Aus einer ganzen Reihe höchst werthvoller klinischer Beobachtungen kommt *F.* zu dem Schlusse, dass bei Impotentia generandi in allen Fällen (mit 1 Ausnahme) absolute und permanente Azoospermie vorlag; — und dass die Ursache dieses Spermatozoenmangels im Ejaculat ebenfalls mit wenigen Ausnahmen in einer Obliteration der Samenwege beruhte, die ihrerseits durch Epididymitis oder Funiculitis gonorrhoica duplex bedingt war.

Damit stellt sich *F.* in Gegensatz zu den Anschauungen von *Zeissl*, der die genannten Tripperaffectionen für relativ bedeutungslose Zustände ansieht. Es sei hier auf die Beobachtungsresultate *Kehrer*'s hingewiesen, der in 40 Fällen von Sterilitas matrimonii

ohne jede Auswahl das Ejaculat des Mannes untersuchte und in 14 Fällen die Schuld dem Manne zuschreiben musste.

F. weist ferner darauf hin, dass die meisten seiner Patienten das Conceptionshinderniss bei der Frau glaubten und dass in Folge dessen dieselbe sich längern Curen, gynäkologischen Eingriffen u. s. w. unterwerfen musste. Keiner der Männer hatte eine Ahnung, dass er unfruchtbar sei, da die Cohabitation meist ohne Schwierigkeiten erfolgte und reichliche Ejaculation lieferte. Bei der Untersuchung fanden sich die Residuen der überstandenen Affection an der Epididymis am deutlichsten, in vielen Fällen nur einseitig deutlich; erst die Anamnese wies darauf hin, dass auf beiden Seiten Entzündungserscheinungen sich localisirt hätten. In manchen Fällen endlich war weder aus der Untersuchung, noch aus der Vorgeschichte ein Anhaltspunkt für gonorrhoische Affection der Hoden oder des Samenstranges zu finden.

Aus diesen Mittheilungen erhellt neuerdings die Wichtigkeit der genauen Untersuchung des Mannes bei Sterilitas matrimonii und zwar darf diese erst mit der sorgfältigen microscopischen Durchsicht des Ejaculates als erschöpfend betrachtet werden.

Die Prognose ist nach *F.* pessima, wenn die Azoospermie bereits $^1/_4$ Jahr gedauert hat. *Kehrer*'s Experimente zeigen, dass bei Unterbindung des Funiculus spermat. in wenigen Monaten völlige Inactivität der Keimdrüsen resultirt.

Eine Therapie existirt, von der psychischen abgesehen, so gut wie gar nicht, — doch hält *F.* diese für werthvoll.

Bei A s p e r m a t i s m u s wird Sperma überhaupt nicht nach aussen entleert. *F.* rechnet die temporäre Form, den Aspermat. psychicus (*Güterbock*) zu der Impotenz. Die Genese des Aspermatismus absolutus in seiner permanenten Form (organicus nach *Curschmann*) liegt entweder darin, dass die ducti ejaculatorii verlegt, oder verlagert sind und nach der Blase zu deviiren, — oder dass Entleerungshindernisse (hochgradige Stricturen) in der Harnröhre selbst existiren. Bei diesen letztern kommt es bei der Erection zum totalen Verschluss der stricturösen Stelle — die normaler Weise für den Harn noch leicht passirbar sein kann. Die Behandlung der Strictur würde in diesen letztern Fällen das Leiden beseitigen.

Garrè.

Stand der Infections-Krankheiten.

	1888.	Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperalfieber	Parotitis	Variola	Rubeolae
Zürich u. Aussengem.	22. VII.-28. VII.	8	2	2	19	1	7	1	—	—	—	—
	29. VII.- 4. VIII.	6	—	8	14	1	6	2	—	—	—	—
Bern	15. VII.-21. VII.	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
	22. VII.-28. VII.	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—
	29. VII.- 4. VIII.	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Basel	26. VII.-10. VIII.	7	—	4	7	8	3	5	—	—	—	—

Briefkasten.

Dr. *Ris*, K l o t e n: Hinter dem Rücken des behandelnden einen zweiten Arzt zu rufen, ohne diesem von der bisherigen Behandlung etwas zu sagen, ist eine in der ganzen Welt geübte Praxis des Publicums. „Gerichtlich belangen" kann man die Leute natürlich deshalb nicht, aber ihnen das Hässliche ihrer Handlungsweise auseinandersetzen und ihnen durch Wort und That zeigen, wie erhaben der Arzt sein kann über die kleinlichen Gefühle und die niedrige Denkweise, die sie ihm zutrauen und die sie zur eigenen Entschuldigung als Motiv ihres unreellen Vorgehens angeben. — Eine Abhandlung über „collegialen Tact" wird sich später nochmals mit Ihrer Anregung befassen. — Dr. *Garrè*, T ü b i n g e n: Herzlichen Dank. Ich gratulire zu der neuen, ehrenden Würde. — Spitalarzt Dr. *Kalt*, Aarau: Erscheint in nächster Nummer.

Correctur: In letzter Nummer pag. 470, Zeile 13, sollte es heissen 18 S t u n d e n, statt 18 Wochen.

Aerztealbum: Dr. *Kaiser*, Chur: Besten Dank für Photographie von † Collega *Hatz*. Versprochenen Nachruf erwarte ich gerne.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats.

Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile.

Preis des Jahrgangs Fr. 12. — für die Schweiz, Fr. 14.50 für das Ausland. Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. E. Haffter

in Frauenfeld.

N°. 17. XVIII. Jahrg. 1888.. 1. September.

Original-Arbeiten.

Zur Behandlung der angeborenen Gaumenspalten.

Von Dr. **O. Kappeler,** Chefarzt in Münsterlingen.

(Vorgetragen in der Junisitzung des thurgauischen cantonalärztlichen Vereins.)

M. H.! Es sind Ihnen soeben drei Kranke vorgestellt worden, zwei mit angeborenen Gaumenspalten, einer mit luetischem Defect der linken Hälfte des Gaumensegels, und Sie waren mit Recht erstaunt über das vortreffliche sprachliche Resultat, das in sämmtlichen drei Fällen theils durch ein combinirtes chirurgisches und prothetisches Verfahren, theils — bei dem luetischen Defect — durch die Prothese allein erzielt worden ist.

Die zwei Kranken mit angeborenem Defect, die vor der Behandlung so undeutlich sprachen, dass sie sich nur mit grosser Mühe verständlich machen konnten und in einer Weise, dass jede Unterhaltung mit ihnen für sie selbst sehr schwerfällig und peinlich und für den sie Anhörenden im höchsten Grade ermüdend war, besitzen jetzt eine wohlklingende, vollkommen reine Aussprache aller Vocale und Consonanten ohne jeden nasalen Beiklang; sie sprechen ohne jegliche Verzerrung des Gesichts; sie lesen mit klangvoller, kräftiger Stimme nicht nur einstudirte Lesestücke, sondern jede Zeitung, die ihnen geboten wird, und der 11jährige Knabe singt mit ganz reiner Stimme das patriotische Lied: „Lasst hören aus alter Zeit“ etc.

Bei der Kranken mit luetischem Defect des halben Gaumensegels wird



bei Anwendung der Prothese auch das feinste Ohr bei der raschesten Conversation nicht die leiseste Anomalie der Sprache erkennen können.

Halten wir uns noch einen Augenblick bei den Kranken mit angeborenen Gaumenspalten auf.

Das 26jährige Mädchen litt an einer Spalte, die den ganzen weichen Gaumen und das hintere Drittheil des harten Gaumens betraf. Sie wurde am 7. April 1886 von mir operirt und der Schluss der ganzen Spalte mit einer Operation erreicht bis auf ein kleines Loch an der Grenze des harten und weichen Gaumens, das sich nach 14 Tagen ohne weiteres Zuthun von selbst schloss. Nach einigen Wochen wurde ihr durch Herrn *Brugger* der Rachenobturator eingesetzt und nach einem 20tägigen Sprachunterricht unter Leitung des Herrn Taubstummenlehrers Wang in Meersburg war das vortreffliche Resultat, das Sie heute constatiren konnten, erreicht.

Die Leidensgeschichte des zweiten Kranken, des 11jährigen Knaben, ist kurz folgende:

Derselbe hatte 5 Geschwister, von denen 2 noch leben und 3 in früher Jugend gestorben sind. Keines dieser war mit einem Bildungsfehler behaftet, auch bei den Grosseltern, den Eltern, den Geschwistern der Eltern waren solche nicht vorhanden. Die Gaumenspalte wurde, da sie nicht mit einer Lippenspalte complicirt war, entdeckt, als der Knabe ein halbes Jahr alt war. Beigezogene Aerzte erklärten, „es sei nichts zu machen". Mit $^5/_4$ Jahren lernte der übrigens intelligente Knabe sprechen, aber sehr mangelhaft und undeutlich. Mit 6 Jahren ging er in die Schule, allein der Lehrer verstand ihn oft nicht, die Mitschüler machten sich lustig über seine „sonderbare" Sprache und selbst von Erwachsenen, Bekannten und Fremden, wurde er häufig ausgelacht. Die Folge davon war, dass er sich von seinen Altersgenossen zurückzog, reizbar, heftig und menschenscheu wurde und sich allmälig in eine melancholische Gemüthsstimmung hineinarbeitete. Mit 10 Jahren wurde die Sprache noch schlechter, undeutlich im höchsten Grade, dumpf und hohl, so dass nur die Leute, die beständig in seiner Nähe waren, ihn überhaupt noch verstehen konnten.

Die mediane Spalte betraf in diesem Falle den weichen Gaumen und $^2/_3$ des harten Gaumens, dabei standen die gespaltenen Hälften fast senkrecht, so dass die Wölbung des Gaumens eine ungewöhnlich tiefe war. Für mich war die Sprache des Kranken, obwohl ich eine genaue Kenntniss seines Dialectes besitze, geradezu unverständlich. Patient wurde am 22. November 1887 von mir operirt und auch hier der Schluss der Spalte bis auf ein kleines Loch an der Grenze des harten und weichen Gaumens in e i n e r Sitzung erreicht. Bald darauf wurde von Herrn *Brugger* ein Rachenobturator eingesetzt und nach 48tägigem Sprachunterricht bei Herrn Wang war das schöne, soeben demonstrirte Resultat erreicht.

Es wird Sie, m. H., ohne Zweifel noch interessiren zu erfahren, dass bei eingesetztem Obturator der Abschluss nach der Nase beim Aussprechen der Vocale ein so dichter ist, dass sich ein blanker, unter die Nase gehaltener Spiegel beim Aussprechen der Vocale A, E, O, U gar nicht, bei längerem Antönen des Vocales I nur ganz wenig beschlägt. Dementsprechend fehlt ja auch der nasale Beiklang ganz und die Sprache ist lautrein.

Der dritte Patient mit luetischem Defect des halben Gaumensegels war nicht Object chirurgischer Behandlung und Sie werden mir daher gewiss gerne die Erzählung der Krankengeschichte erlassen.

Leider konnte ich eines vierten Kranken, eines 20jährigen Küfers mit einer Spalte des weichen Gaumens, die sich noch etwas auf den harten Gaumen fortsetzte und der am 27. Mai 1887 glücklich von mir operirt wurde, nicht habhaft werden, weil er sich zur Zeit in der französischen Schweiz aufhält. Auch dieser Kranke

wurde von Herrn *Brugger* mit einem Rachenobturator versehen und sprach nach 16tägigem Unterricht durch Herrn Wang vollkommen rein und geläufig.

Sie sehen daraus, m. H., dass es sich nicht etwa um einen glücklichen Zufall, um einen vereinzelten Paradefall, sondern um eine ganze Serie von 4 Kranken, resp. 3 Kranken mit angebornen Rachenspalten handelt, die früher kaum verständlich und deshalb social unmöglich waren und die heute über eine vollkommen lautreine Sprache verfügen.

Vergleichsweise ist Ihnen sodann noch eine Kranke mit angeborner Spalte des weichen Gaumens, wo ähnlich den beiden operirten Kranken die Spalte noch auf den harten Gaumen übergeht, gezeigt worden, die nicht operirt wurde, sondern sich nur einen *Suersen*'schen Gaumenobturator anpassen und anfertigen liess.

Auch diese Kranke spricht verständlich, aber die Sprache ist noch immer näselnd und hat etwas unverkennbar Schwerfälliges, überdies ist sie eigenthümlich monoton und Sie haben durch Ihre spontanen Aeusserungen bewiesen, dass in Bezug auf Reinheit und Wohlklang der Sprache ein ganz bedeutender Unterschied besteht zwischen den zwei operirten und mit dem Rachenobturator versehenen Kranken und der nicht operirten, lediglich mit dem *Suersen*'schen Gaumenobturator ausgestatteten Patientin.

Ich werde später nochmals auf diese Kranke zurückkommen.

Ein vollkommener Erfolg in Bezug auf die Sprache ist also erzielt worden durch die Operation der Uranoplastik und Staphylorrhaphie, durch Einlegung eines weichelastischen Obturators zwischen genähtes Velum und hintere Pharynxwand und durch einen kürzern oder längern systematischen Sprachunterricht.

Es ist Ihnen, m. H., wohl hinlänglich bekannt, dass man früher — ich spreche zunächst von solchen Kranken, die im spätern Alter operirt wurden — auch bei grosser Energie und Intelligenz der Kranken und trotz länger fortgesetzten Sprachübungen durch die operative kunstgerechte Vereinigung der Gaumenspalten höchst selten zu einem einigermaassen befriedigenden Sprachresultat gelangte. In weitaus der Mehrzahl der Fälle blieb die Sprache auch nach der Operation ganz unvollkommen; in einer kleinen Zahl wurde sie etwas deutlicher; in ganz seltenen Fällen (*v. Langenbeck* berichtet im 14. Chirurgencongress über einen solchen Kranken) hatte man ein befriedigendes Resultat, das aber immer noch mit den Ihnen heute vordemonstrirten Erfolgen einen Vergleich nicht aushält.

Mit dieser Anschauung der Dinge und Beurtheilung der Operation stimmen wohl so ziemlich alle Operateure überein und schon lange war das dunkle Gefühl, dass weder der Operateur für seine grosse Mühe, noch der Patient für seine Geduld und Ausdauer durch das erreichte Resultat belohnt sich fand, auch in weitere ärztliche Kreise gedrungen. Die Lust zu operiren und das Verlangen sich operiren zu lassen, waren auf dem Nullpunkt angelangt.

Ich selbst erreichte bei 14 angeborenen Gaumenspalten und zwar bei 4 Spalten des weichen Gaumens, 6 Spalten des weichen Gaumens mit Spaltung des harten

Gaumens bis zur Mitte des processus palatinus, oder des ganzen processus palatinus bis zu den Alveolarfortsätzen, und bei 3 durchgehenden, einseitigen Spalten des harten und weichen Gaumens bei Patienten, die operirt wurden mit 6, 6½, 2 mal mit 8, 2 mal mit 11, 2 mal mit 12, mit 19, 20, 2 mal mit 21, mit 26 und mit 27 Jahren, 7 mal Schluss der Spalte in einer Sitzung, 5 mal Schluss der Spalte durch 2 und 3 Operationen und 2 mal nur theilweisen Schluss der Spalte in einer Sitzung. Diese zwei Kranken waren zu einer Nachoperation nicht zu bestimmen. Bei keinem der operirten Kranken war der Erfolg in Bezug auf die Sprache ein einigermaassen nennenswerther und stand in keinem richtigen Verhältniss zu den ausgestandenen Leiden der Kranken, die fast sämmtliche ohne Narcose operirt wurden. Meine Resultate unterschieden sich also in keiner Weise von denen anderer Operateure und liessen sehr wenig Befriedigung zurück. So kam ich denn allmälig auf den pessimistischen Standpunkt, dass ich nur ungern operirte und mir und den Kranken hinsichtlich Sprachverbesserung wenig oder nichts versprach.

Der Grund, warum das functionelle Resultat der operativen Vereinigung der Gaumenspalten ein so mangelhaftes und schlechtes ist, liegt bekanntlich darin, dass das vernähte Velum zwar beweglich, aber zu kurz und zu straff ist, um seine Function als Abschlussklappe zwischen Mundschlund und Nasenschlund zu erfüllen, theilweisen oder totalen Abschluss des Nasenschlundes zu bewirken und es lag daher der Versuch nahe, auf operativem Wege durch Modification und Ergänzung des *v. Langenbeck*'schen Operationsverfahrens diesem Uebelstande abzuhelfen und so die Herstellung einer guten Sprache zu ermöglichen. Diese Versuche sind bis auf die neueste Zeit immer wieder aufgenommen worden, so dass wir über eine ganze Anzahl derartiger Operationen verfügen. Es kann hier nicht der Ort sein, näher darauf einzutreten, ich muss Sie hinsichtlich derselben auf die Originalarbeiten und auf die Abhandlungen von *Julius Wolff*[1]) verweisen, in welch letzteren die hauptsächlichsten Verfahren einer eingehenden Kritik unterworfen sind. Nur so viel möchte ich hier hervorheben, dass weder die Gaumenschlundnaht von *Passavant* allein oder mit Vernähung der hintern Gaumenpfeiler an die Pharynxwand, noch die operative Erhöhung des Wulstes des Constrictor pharyngis, noch die Querdurchschneidung des vernähten Velum mit nachfolgender Knopflochprothese des gleichen Autors befriedigende Resultate aufwies, dass das Verfahren *Küster*'s zur Verlängerung des Gaumensegels in den 2 so operirten Fällen eine näselnde Sprache zurückliess und dass endlich bezüglich der häufigsten derartigen Operation, der Staphyloplastik nach *Trendelenburg-Schönborn* — im Wesentlichen darin bestehend, dass zwischen die wund gemachten, nicht vereinigten Lappen des weichen Gaumens ein von der hintern Pharynxwand abgelöster dreieckiger Schleimhautlappen implantirt wird, welcher Operation bei mitgespaltenem harten Gaumen die Uranoplastik nach *v. Langenbeck* angefügt werden kann — die Ansichten auseinandergehen.

Schönborn[2]) hat die Staphyloplastik bei 20 Kranken gemacht. Von diesen ist einer an septischer Lungenentzündung gestorben; bei drei andern Kranken sind die eingepflanzten Lappen gangränös geworden; in 16 Fällen ist die Heilung gelungen,

[1]) *Langenbeck*'s Archiv, 33. Band, 1. Heft.
[2]) Verhandlungen des Chirurgen-Congresses pro 1887.

in 2 Fällen davon zuerst nur einseitig und dann nach einer zweiten Operation auch auf der andern Seite; in den 14 übrigen Fällen ist der Lappen an beiden Seiten gleichzeitig eingeheilt.

Schönborn will mit seinem Verfahren in Bezug auf die Sprache gute Resultate erreicht haben. Andere Operateure, wie *König*, *Lossen*, waren nicht so glücklich und *König* war sogar gezwungen, bei zweien seiner Fälle das Gaumensegel hinten wieder abzuschneiden, weil die so operirten Kinder bedenkliche Erstickungserscheinungen bekamen, und nach einer Demonstration *Schönborn*'s im Chirurgencongress pro 1886 scheint bei einem nach seiner Methode operirten Fall, allerdings schwerster Art, mit doppelseitigem Uranoschisma und hochgradiger Bürzelbildung, der functionelle Erfolg nicht so gut oder wenigstens nicht besser zu sein, als bei ähnlichen von *Julius Wolff* operirten und mit dem *Schiltsky*'schen Obturator versehenen Kranken.

Der beste Beweis aber, dass alle diese Versuche, die Sprache der mit Gaumenspalten behafteten Individuen nur auf operativem Wege zu einer nicht näselnden, wohllautenden zu gestalten, weder die Aerzte noch die Kranken befriedigten, liegt wohl darin, dass der *Suersen*'sche Obturator dieselben vollständig verdrängte und dass zahlreiche vernähte Gaumenspalten wieder aufgeschnitten wurden, nur damit der *Suersen*'sche Obturator eingelegt werden konnte, der eben in Bezug auf die Sprache mit einiger Sicherheit ganz leidliche Resultate ergab.

Die Vor- und Nachtheile des *Suersen*'schen Obturators entnehmen Sie wohl am Besten der Leidensgeschichte des 21jährigen Mädchens, das Ihnen als Vergleichsobject zugleich mit den Patienten, die den Rachenobturator tragen, vorgestellt worden ist.

Diese 21jährige, aus einer gesunden Familie stammende Patientin besitzt eine mediane Spalte des weichen und des hintern Drittheils des harten Gaumens, welche gegenwärtig hinten eine Breite von 2,5, in der Mitte von 2,7 und nahe dem vordern Ende von 1,2 cm. hat. Sie lernte mit 2 Jahren sprechen, allein die Sprache war undeutlich und stark näselnd. Mit 5 Jahren besuchte sie die Schule, konnte sich als Schülerin verständlich machen, wurde aber wegen ihrer näselnden und schwerfälligen Sprache vielfach verspottet und verhöhnt. Vor ungefähr einem Jahr liess sie sich einen *Suersen*'schen Obturator einsetzen, der ihr namentlich in der ersten Zeit schon durch sein Gewicht lästig fiel, an verschiedenen Stellen, so hauptsächlich an den Rändern der Spalte, Decubitus verursachte, so dass Patientin ihn längere Zeit jeweils nur einen Tag tragen konnte und dann wieder mehrere Tage beseitigen musste; seit ungefähr einem halben Jahr erst trägt sie ihn beständig. Die Sprache ist nun mit Hülfe dieses Obturators entschieden etwas deutlicher geworden, hat aber den nasalen Beiklang nicht völlig verloren.

Wie Sie sich selbst überzeugt haben, besteht gegenwärtig kein grosser Unterschied beim Aussprechen der Vocale mit oder ohne Obturator. Die Lippenverschlusslaute b, p und die Zungenverschlusslaute d, t sind mit dem Obturator deutlicher und reiner. G lautet auch mit dem Obturator wie E. Die Reibungslaute f, s, z, sch lauten ohne Obturator wie esch, het, he, während sie mit Obturator richtig articulirt werden. Che wird ohne Obturator rauh, kurz und undeutlich, mit Obturator richtig ausgesprochen. H lautet ohne Obturator wie Cha, mit Obturator wie H. Ug klingt mit und ohne Obturator wie Ne u. s. w.

Das rasche Lesen mit Obturator ist verständlich, erregt aber im Zuhörer sehr bald durch den unrein näselnden Beiklang ein Gefühl unangenehmer Ermüdung.

Suersen lässt zwischen seinem aus Hartcautschuk verfertigten Obturator, der zwischen die unvereinigten Gaumensegelhälften eingeklemmt wird, und der hintern Pharynxwand nur eine schmale, bei ruhigem Athmen offene Lücke bestehen, die bei Contraction des Constrictor pharyngis sup., d. h. bei Erhebung des 4 mm. hohen *Passavant*'schen Constrictorwulstes, sich schliesst.

Der *Suersen*'sche Obturator und seine Wirkung beruht also auf einem richtigen physiologischen Princip, der künstlichen Herstellung einer bald offenen, bald geschlossenen Klappe zwischen Mund- und Nasenschlund.

Die Wirkung des Gaumensegels besteht aber nicht allein in einem Klappenschluss und Klappenöffnen; sie ist viel feiner, complicirter und wahrscheinlich so geartet, dass jedem einzelnen Buchstaben eine besondere Stellung des Gaumensegels entspricht und so die Art des Abschlusses eine ungemein mannigfaltige und verschiedenartige wird. Folgerichtig kann denn auch der *Suersen*'sche Obturator, der einzig und allein mit Hülfe des *Passavant*'schen Constrictorwulstes den Abschluss zwischen Nasen- und Mundschlund bewirkt und das freie Muskelspiel des Gaumensegels ganz ausser Acht lässt, in sprachlicher Beziehung unmöglich viel leisten.

Erst *Julius Wolff* hat diese Verhältnisse richtig erfasst, gewürdigt und bei der Behandlung der Gaumenspalten verwerthet Er ist es denn auch, der das vernähte, bewegliche, aber durch Kürze und Straffheit insufficiente Gaumensegel mittelst der Rachenprothese, die er an Stelle der Gaumenprothese setzte, zu einem dichten und nuancirten Abschluss zwischen Mund und Nase tauglich machte. Mit Hülfe des Berliner Zahnarztes *Schiltsky* brachte er hinter das operativ vereinigte Gaumensegel einen elastischen, hohlen, leicht comprimirbaren Obturator, der dem Velum anliegend dasselbe zur Contraction reizt und, bis nahe an den Pharynx reichend, nicht nur einen einfachen Abschluss zwischen Mund- und Nasenschlund bewirkt, sondern denselben mit Benützung der Gaumensegelmusculatur und des Constrictorwulstes, annähernd wie bei normalen Verhältnissen, modificirt und variirt.

Damit und durch Uebungen, die sich auf die bisher vernachlässigte und einseitige Athmungsthätigkeit, die Action der Zunge und der Lippen beziehen, sind die schönen Resultate erreicht worden, die Sie bei meinen Kranken mit Recht so überrascht und befriedigt haben.

B. v. Langenbeck lehrte uns die sichere operative Schliessung der Gaumenspalten, den Bemühungen *Julius Wolff*'s verdanken wir ein sicheres functionelles Resultat, d. h. die Herstellung einer wohlklingenden Sprache ohne Nasenton.

Hinsichtlich der weitern Vorzüge des *Schiltsky*'schen Obturators in Bezug auf Leichtigkeit, Reizlosigkeit, bequeme Applicationsweise, seine Wirkung auf die Stellung der Zunge verweise ich auf die bezüglichen Arbeiten *Wolff*'s[1]) und *Schiltsky*'s[2]) und beschränke mich darauf, auf die von Herrn Zahnarzt *Brugger* in Kreuzlingen angefertigten Obturatoren noch etwas näher einzugehen.

Da wir unsere unbemittelten Kranken nicht nach Berlin schicken können, war es schon längst mein Wunsch, dass ein hiesiger Zahnarzt sich mit der An-

[1]) *Langenbeck*'s Archiv, 33. Band, 1. Heft.
[2]) Ueber neue weiche Obturatoren, von *Otto Schiltsky*. Bohne, Berlin, 1882.



fertigung der *Schiltsky*'schen Obturatoren befassen möchte. Herr *Brugger*, der sich lebhaft für die Sache interessirte, liess sich gerne zu einer diesbezüglichen Studienreise nach Berlin bestimmen, wurde Dank dem liebenswürdigen Entgegenkommen des Herrn Prof. *Julius Wolff* bei Herrn *Schiltsky* eingeführt und lernte in dessen Atelier die Technik der hohlen Obturatoren kennen. Von Berlin zurückgekehrt, machte er sich sofort an die Arbeit, meine und auch einige (2) von *Krönlein* operirte Kranke mit Rachenobturatoren zu versehen.

Das Resultat dieser Bemühungen haben Sie heute selbst geprüft. Dasselbe ist nun aber, wie ausdrücklich hervorgehoben werden muss, nicht erreicht worden mit dem ursprünglichen hohlen Obturator *Schiltsky*'s, sondern mit einem Obturator nach Herrn *Brugger*'s eigener Construction, resp. Modification. Die Befestigungsweise ist die gleiche, wie bei dem *Schiltsky*'schen Obturator. Er hängt durch eine bewegliche (Spiral-)Feder mit einer Gaumenplatte zusammen, die durch Klammern an den Zähnen befestigt ist und, wenn nöthig, künstliche Zähne trägt; allein der eigentliche Obturator (das zwischen vernähtes Gaumensegel und Pharynx eingeschobene Verschlussstück) ist nicht hohl, sondern besteht aus einem Stück von sogenanntem weichem Velakautschuk, das in seiner Mitte einen Kern von Korkholz birgt.



Fig. 1. Durchschnitt des Rachenstücks des *Schiltsky*'schen Obturators.

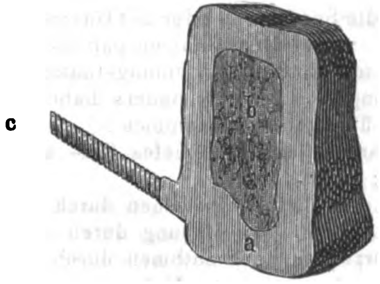


Fig. 2. Durchschnitt des Rachenstücks des *Brugger*'schen Obturators.
a Velakautschuk. b Korkholz. c Spiralfeder.

Herr *Brugger* ist der Ansicht, dass ein dermassen beschaffener Obturator den Gaumenmuskeln und dem Constrictor pharyngis eine bessere und richtigere Anlehnung gebe, das Muskelspiel des Gaumensegels in wirksamerer Weise unterstütze und so die verschiedenen Abstufungen der Klappengestalt besser zum Ausdruck kommen lasse, als ein hohler, allzu nachgiebiger Obturator. Er beansprucht sodann für seinen Obturator die Möglichkeit eines absolut dichten Abschlusses zwischen Mundschlund und Nasenschlund, während gerade diese Leistung beim hohlen Obturator zu wünschen übrig lasse, da dieser von Zeit zu Zeit wieder aufgeblasen werden muss und so die Muskeln in ihrem Anpassungsbestreben nicht zu einer ruhigen Sicherheit kommen lässt. Auch sind beim hohlen Obturator nicht alle Partien der Oberfläche gleich elastisch; er wird daher bei energischen Verschlüssen, besonders im luftleeren Zustand, leicht Faltungen bekommen. So entstehende Rinnen können nicht immer durch die andrückenden Muskeln ausgefüllt werden und es muss als nothwendige Folge hernach Luft durch die Nase abfliessen.

Mit dem *Schiltsky*'schen Obturator hat der *Brugger*'sche Obturator die grosse

Leichtigkeit und weiche Consistenz gemeinsam, er trägt sich so bequem und so reizlos wie dieser, dabei ist er leichter zu reinigen, dauerhafter, und muss nicht von Zeit zu Zeit geöffnet und aufgeblasen werden.

Leider steht mir kein Vergleichsmaterial zu Gebote, um bestimmen zu können, ob die Kranken mit dem *Schiltsky*'schen und zwar mit dem von *Schiltsky* selbst gefertigten Obturator, gleich, schlechter oder besser sprechen, als mit dem *Brugger*'schen, aber es muss nochmals hervorgehoben werden und Sie haben sich, m. H., davon überzeugen können, dass die mit *Brugger*'s Obturator armirten Kranken schon nach kurzem Sprachunterricht g a n z o h n e N a s e n t o n sprechen, während Herr *Schiltsky* in seiner Broschüre selbst zugibt, dass die Patienten mit seinem Obturator in der ersten Zeit noch etwas nasal sprechen.

Zur Erreichung einer guten Sprache müssen alle operirten und mit Obturator versehenen Kranken einen kürzern oder längeren Sprachunterricht durchmachen. Herr Wang, Lehrer an der Taubstummenanstalt Meersburg, hat bei allen meinen Kranken die mühevolle Arbeit dieses Unterrichts besorgt und denselben mit grossem Geschick und dem besten Erfolg geleitet. Ich kann mir nicht versagen, aus seinem interessanten Bericht über die Art und Weise, sowie über die Resultate dieses Sprachunterrichts das Wesentlichste hier wiederzugeben:

„Da die Sprachfehler der mit Gaumenspalten behafteten und auch der operirten und mit Obturator versehenen Gaumenspaltenkranken ihren letzten Grund in der bedingten und ungewöhnten abnormen Athmungsthätigkeit im Allgemeinen und der Mangelhaftigkeit des Ausathmungstroms im Besondern haben, setzte ich zuerst hier ein und habe folgende Athmungsübungen vorgenommen:

1. Langes, ruhiges, tiefes Ein- und Ausathmen durch den Mund und ebenso durch die Nase;

2. kurzes, tiefes Einathmen durch den Mund und ruhiges, langes Ausathmen durch denselben, die gleiche Uebung durch die Nase;

3. kurzes tiefes Einathmen durch den Mund und stossweise hauchendes Ausathmen durch denselben, dieselbe Uebung durch die Nase;

4. kurzes, tiefes Einathmen durch den Mund und Ausathmen durch die Nase wie unter Punkt 2. und 3. und umgekehrt;

5. rascher Wechsel im Ein- und Ausathmen zwischen Mund und Nase;

6. kurzes tiefes Einathmen durch den Mund, Verschluss der Stimmritze und dann stossweises Ausathmen mit Explosion in der Stimmritze;

7. Pressung der tief eingeathmeten Luft zwischen Stimmritze und Lippenverschluss;

8. Blasen mit continuirlichem Luftstrom;

9. stossweises Blasen in einem Athemzug.

Durch Niederdrücken des Zungenrückens und Ausebnen der Zunge auf dem Boden der Mundhöhle muss Sorge getragen werden, dass die Ausathmung rein wird.

Die Uebungen unter 5., 7., 8. und 9. haben noch den speciellen Zweck, Verschluss und Oeffnung des Luftweges durch die Nase mittelst des Obturators sobald als möglich in die Gewalt des Patienten zu bringen. Die gesammten Athmungsübungen werden während des ganzen Articulationsunterrichts fortgesetzt.

Sobald die unter 1., 2., 3. und 4. angeführten Athmungsübungen richtig ausgeführt werden, lernt der Patient die Organstellungen der Vocale kennen und nachbilden. Die Zunge desselben wird vom Lehrer mit dem Finger oder Spatel in die erforderliche Lage gebracht; der ganze Unterricht erfolgt vor einem Lautirspiegel, damit der Patient seine Organstellungen mit den vorbildlichen des Lehrers vergleichen und nach ihnen genau und scharf bestimmen kann.

Hierauf wird der h-Laut in den Organstellungen der Vocale geübt und dann mit den letztern verbunden.

Es ist strenge darauf zu achten, dass in einem Athemzug eine möglichst lange Reihe Laute, Silben und später Wörter gebildet wird, wie z. B. h h h h h — ha ha ha ha ha. Hierin liegt der Schlüssel zur Erreichung einer reinen Sprache, denn je weiter rückwärts der Laut, resp. die Silbe oder das Wort in der Reihe steht, desto reiner erfolgt gleich anfangs die Bildung.

Nach Vornahme der Athmungsübung unter 6. werden die Vocale mit dem kurzen, scharfen Vocaleinsatz gebildet und geübt. Durch eigenes Befühlen seiner Nasenflügel und auch der des Lehrers controlirt der Patient auf leichte und bequeme Weise die Reinheit seiner Aussprache. So lange die Nasenflügel noch vibriren, ist der Vocal nicht frei von Nasenton. Dieses Prüfungsmittel wird während des ganzen Unterrichtes auch bei andern Lauten und den Lautverbindungen so oft angewendet, als der Patient seine nasale Aussprache trotz der vorbildlichen reinen des Lehrers nicht hört. Nur auf diese Weise wird sein stumpfes Sprachgehör geschärft.

Nun schreite ich zur Bildung von b und von den übrigen Consonanten. Die Articulationsstelle wird den Patienten genau vorgezeigt und beschrieben. Seine oft unsicher manövrirenden Sprachorgane, wie Lippen und Zunge, werden vom Finger des Lehrers unterstützt und berichtigt.

Vermag der Patient den Laut nicht zu bilden, so zerlege ich den letztern in seine Elemente und übe diese einzeln so lange, bis die Bildung des Lautes gelingt. Der jeweils gewonnene Consonant wird sofort mit den Vocalen zu Reihen von An- und Auslautsilben verbunden und zwar deshalb zunächst zu Anlautsilben, weil durch den vorangehenden Vocal der für die reine Bildung des Consonanten nothwendige Verschluss des Nasencanals seitens des Obturators schon vollzogen ist. ab ab ab ab — ob ob ob ob ob — u. s. w. ba ba ba — bo bo bo bo — u. s. w.

Ich habe die Consonanten in nachstehender Reihe gewonnen: b, p, d, t, f, w, l, q, k, ch, m, n, ng, s, z, x, r (Zungen r).

Es werden nun Silben mit Consonantenhäufungen, Wörter und kleine Sätze geübt. Den Schluss bilden Leseübungen; das einzelne Wort, der einzelne Satz wird mit allmälig steigendem Tempo vielfach wiederholt. Kommt ein Rückfall in die frühere fehlerhafte Aussprache vor, so wird der betreffende Laut für sich allein und im Wort so lange geübt, bis sich die richtige Muskelthätigkeit sicher vollzieht.

Der Athmungsöconomie muss strengste Aufmerksamkeit geschenkt werden. Während bisher meist mit mehr als gewöhnlicher Lautstärke und sehr scharfer Articulation gesprochen wurde, findet das Lesen unter normalen Verhältnissen statt.

Bald nach Beginn des Articulationscurses stellte sich bei sämmtlichen Patienten sehr häufiges, tiefes Gähnen ein, welches gegen Schluss wieder aufhörte. Auch der früher vorhandene Speichelabfluss ist verschwunden; der Speichel kann nun successive geschluckt werden. Die vormals schlaffen Lippen sind blühend und modellirfähig geworden; die Gesichtsmuskeln zeigen beim Sprechen die gewohnte Ruhe. Das Gehör des Kranken hat sich so geschärft, dass er seine Sprache selbst hört und sofort selbst corrigirt. Eine merkwürdige psychische Umwandlung hat sich an dem Patienten vollzogen: Aus den gedrückten, leutscheuen Menschen sind glückliche, mittheilsame, hoffnungsvolle geworden."

Dieses Resultat ist erreicht worden bei den drei von mir operirten Kranken in 16, 20 und 48 Tagen, bei einer von *Krönlein* operirten Kranken in 16 Tagen.

So viel über die Gaumenspalten im spätern Kindesalter und bei Erwachsenen.

Gestatten Sie mir nun noch ein Wort über die Behandlung der Gaumenspalten im frühen Kindesalter, d. h. von den ersten Lebenstagen bis etwa zum fünften Jahre.

Die Trennung der Frühoperation von der Spätoperation hat schon deshalb einen practischen Zweck, weil man von der frühen Schliessung der Spalte des weichen Gaumens bei durchgehenden Spalten die spontane Schliessung des harten Gaumens erwartete, eine Erwartung, die sich dann allerdings nach einer Erfahrung *Billroth*'s als trügerisch erwies, und weil schon sehr frühe, schon vor der epoche-

machenden Arbeit *v. Langenbeck*'s und dann durch *Langenbeck* selbst, die Ansicht ausgesprochen wurde, dass die Sprache um vieles günstiger und schneller sich entwickle, wenn die Operation in früher Kindheit gemacht werden könnte.

Fragen wir uns nun, wie die seitherigen Erfahrungen sich zu dieser Ansicht verhalten; und zwar werden wir zweckmässig zwei Operationsperioden unterscheiden:

1. die Periode, in der im Wesentlichen nach *Langenbeck*'schen Vorschriften und ohne Narcose, und

2. die Periode, in der nach den Verbesserungen des *Langenbeck*'schen Verfahrens durch *Julius Wolff* operirt wurde.

Was die Operationen der ersten Periode betrifft, so hebe ich aus der vollständigen Zusammenstellung *Julius Wolff*'s [1], auf die ich hiemit verweise, nur Folgendes hervor.

Von deutschen Operateuren ist im Ganzen bei 23 Kindern bis zu fünf Jahren aufwärts die Gaumennaht ausgeführt worden. Unter diesen Fällen trat 5 mal Exitus letalis ein, 11 mal misslang die Operation vollkommen, 6 mal wurde ein partieller Erfolg erzielt und nur in einem einzigen Fall von *Billroth* ein vollkommener operativer Erfolg. Dieser Fall betrifft ein Kind mit doppelter Lippen- und durchgehender linksseitiger Gaumenspalte. *Billroth* machte bei dem 28 Wochen alten Kinde die Staphylorrhaphie und Uranoplastik in einer Sitzung, indess gelang der Verschluss der Spalte nur im untern Theil des Velum, 4 Monate später wurde der zurückgebliebene 16 mm. lange und $^1/_2$—1 mm. breite Schlitz im harten Gaumen mit vollkommenem Erfolg operirt. 4 Jahre später stellte *Billroth* fest, dass das Kind mit entschiedenem Gutturalton sprach, so dass also die ganz frühe Operation keinen wesentlich andern Erfolg gehabt hatte, als die spätere Operation.

Meine eigenen Resultate bei 5 Kindern von 15 Wochen bis zu 3 Jahren sind kurz folgende:

Exitus letalis habe ich keinen zu beklagen; einen vollständigen Misserfolg (Auseinandergehen der Nahtlinie) hatte ich bei einem $1^1/_2$jährigen Knaben mit rechtsseitiger Lippen- und durchgehender Gaumenspalte und bei einem 3jährigen Kinde mit doppelter Gaumenspalte. Bei einem 15 Wochen alten Kinde mit durchgehender doppelter Gaumenspalte erzielte ich eine theilweise Vereinigung des harten Gaumens; bei einem 1jährigen Knaben mit durchgehender linksseitiger Spalte, bei dem, wie bei den früher erwähnten Kindern, die Uranoplastik und Staphylorrhaphie in einer Sitzung ausgeführt wurde, konnte die Vereinigung des harten Gaumens erreicht werden, während die Vereinigung des weichen Gaumens misslang; bei einem 2jährigen Knaben endlich mit linksseitiger durchgehender Spalte wurde die Uranoplastik ohne Staphylorrhaphie gemacht und gelang vollkommen.

Ehrmann in Strassburg, der 16 Kinder im Alter von 8 Wochen bis zu 4 Jahren operirte, erzielte bei einem $2^3/_4$ Jahre alten Kinde mit einer bis an den Zahnfortsatz nach vorne reichenden Spalte das schöne Resultat einer vollständigen Heilung durch eine einzige Operation und weitere vollkommene Erfolge durch zwei Ope-

[1]) Ueber Uranoplastik und Staphylorrhaphie im frühen Kindesalter: Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie und *Langenbeck*'s Archiv, 36. Band, 4. Heft.



rationen bei einem $3\frac{1}{2}$ Jahre alten und einem $2\frac{1}{4}$ Jahre alten Kinde, sowie durch drei Operationen bei einem Kinde mit nicht sehr langer Spalte, welches bei der ersten Operation 8 Monate alt gewesen war.

Trélat gelang der Verschluss der Spalte bei einem 4jährigen Kinde, aber die Sprache blieb so schlecht wie zuvor.

Smith operirte 17 mal im Alter von 16 Monaten bis 4 Jahren. In 5 Fällen mit kurzen, entweder blos das Gaumensegel oder ausser diesem noch eine ganz kleine Partie des harten Gaumens betreffenden Spalten gelang die Heilung durch zwei bis drei Operationen.

Lawson Tait hat 5 mal die frühzeitige Gaumennaht ausgeführt; bei einem 9 Monate alten und einem 23 Monate alten Kinde mit Spalte des weichen Gaumens und des hintern Drittheils des harten Gaumens erreichte er einen vollkommenen Erfolg.

Vergleichen wir nun damit die Resultate der zweiten Periode. *Julius Wolff* hat bis zum October 1887 18 Kinder im Alter von 1 Monat bis zu 5 Jahren operirt. 2 davon, die in ziemlich hohem Grade marastisch waren, konnten durch die Operation nicht vom Tode errettet werden, 16 gesunde Kinder haben die Operation glücklich überstanden, davon sind gänzlich misslungen 2 im ersten Lebensvierteljahr unternommene Operationen, 12 mal ist ein vollkommenes, 1 mal ein nahezu vollkommenes und 1 mal ein mangelhaftes, eine grössere Nachoperation erforderndes Resultat zu verzeichnen. Und im diesjährigen Chirurgencongress stellte *Julius Wolff* ein mit durchgehender linksseitiger Lippen- und Gaumenspalte geborenes Kind vor, bei dem bald nach der Geburt die Hasenscharte und im Alter von 5 Monaten die Gaumenspalte erfolgreich operirt wurde.

Diese glänzenden Resultate sind erreicht worden mit *Wolff*'s Abänderungen des ursprünglichen *Langenbeck*'schen Operationsverfahrens, welche bestehen in

1. Operation in der Narcose und am hängenden Kopf nach *Rose*;

2. Anwendung der methodischen Compression;

3. antiseptischen Ausspülungen des Mundes und der Wunden am hängenden Kopf; und

4. (bei den letzten Operationen) in dem zweizeitigen Operationsverfahren, so dass zuerst die Lappen losgelöst werden und 5—8 Tage später erst die Anfrischung und Naht nachfolgt; und

5. in der Zuhülfenahme einer Stütz- und Seitenschnittnaht.

Meine letzten Operationen, die allerdings nur Erwachsene betreffen, führte ich mit Ausnahme des zweizeitigen Verfahrens genau nach *Wolff*'schen Vorschriften aus und war namentlich hoch befriedigt über die sichere blutstillende Wirkung der methodischen Compression mit Holzwolletampons. Sie ist für den vielbeschäftigten Chirurgen eine harte Geduldsprobe, hält aber vollständig, was *Julius Wolff* ihr nachrühmt und hat deshalb bei den Operationen im frühen Kindesalter die grösste Bedeutung, da sie dieselben weit sicherer und ungefährlicher gestaltet. Dass sich Erwachsene in Narcose weit eher operiren lassen und dass bei Kindern die Ope-



ration in Narcose unendlich viel leichter und schneller auszuführen ist, liegt auf der Hand. Es war ja überhaupt nur die durch Eiswasserirrigationen kaum zu bewältigende Blutung, die der Einbürgerung der Narcose im Wege stand. Die Jodoformtamponade der Seitenschnitte hat mich bei Erwachsenen nicht übel befriedigt; dass sie aber, zumal bei Kindern, ihre Bedenken hat und besser durch die *Wolff*'schen Spülungen am hängenden Kopf ersetzt wird, gebe ich gerne zu. Ueber das zweizeitige Verfahren stehen mir, wie schon erwähnt, eigene Erfahrungen nicht zu Gebote.

Bezüglich des Sprachresultates kann bei Kindern, die vor dem 4. Jahre operirt wurden, vor der Hand noch kein Urtheil abgegeben werden, dagegen glaubt *Julius Wolff*, nach Erfahrungen bei Kindern, die im Alter von 4—8 Jahren operirt wurden und die durch blossen Sprachunterricht zu einer schönen und angenehm klingenden Sprache gelangt sind, annehmen zu dürfen, dass im Gegensatz zu frühern Anschauungen die Frühoperation nicht allein mit Rücksicht auf das Eindringen flüssiger Nahrung in die Nase, das Einathmen staubiger Luft, mit Rücksicht auf den psychischen Einfluss der Herstellung eines normalen Gaumens, sondern namentlich auch im Hinblick auf die günstigen Sprachresultate des Entschiedensten zu befürworten sei und es steht zu erwarten, dass auf Grund der *Wolff*'schen Resultate und mit Hülfe der *Wolff*'schen Verbesserungen des Operationsverfahrens die Frühoperation wieder allgemein wird aufgenommen werden.

Während man also früher bei Kindern vom 6.—7. Lebensjahre an und bei Erwachsenen mit ziemlicher Sicherheit ein gutes Operationsresultat und mit eben der Sicherheit keine oder eine ausserordentlich bescheidene Sprachverbesserung versprechen konnte, können wir heute, neben der Herstellung eines annähernd normalen Gaumens, mit Anwendung eines Rachenobturators, der sich so bequem trägt, wie ein künstliches Gebiss und mit Hülfe eines kürzern oder längern Sprachunterrichts, eine verständliche, wohllautende, von Nasenton freie Sprache garantiren, und während ehedem die Operation in früher Jugend gefährlich und höchst unsicher im Erfolg und deshalb eher abzurathen war, ist sie Dank den *Wolff*'schen Verbesserungen fast gefahrlos geworden und hat an Sicherheit des operativen Erfolgs ganz gewaltig gewonnen. Es ist die Operationsgrenze, die *Trélat* noch auf 7 Jahre festsetzte, glücklich auf 5 Monate herabgedrückt worden, und es ist anzunehmen, dass wenigstens ein Theil der früh und glücklich operirten Kinder durch Sprachunterricht allein zu einer guten Sprache gelangt.

Diese Wandlungen und Fortschritte in der Behandlung der angeborenen Gaumenspalten dürfen aber auch an dem practischen Arzte nicht spurlos vorübergehen, denn an ihn, den Berather der Familie, wird zuerst die Frage gestellt werden, ob die Gaumenspalte heilbar und die Herstellung einer guten Sprache möglich sei. Er ist es, der den Gaumenspaltenkranken den Weg zu diesem Ziele weisen muss und der ihnen jetzt auch sagen darf, dass dasselbe mit Energie und Ausdauer erreichbar ist.

Vereinsberichte.

Ordentliche Winterversammlung der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft des Cantons Bern.

Samstag den 17. December 1887, Vormittags 10½ Uhr, in der medicinischen Klinik des Inselspitals.[1])

Präsident: Prof. Dr. *Kocher.* — Secretär: Dr. *Sahli.*

Anwesend: 72 Mitglieder.

Das Präsidium kündigt mit dem Ausdruck des Bedauerns den Austritt des von Bern wegziehenden Prof. *Flesch* an.

Das Präsidium theilt mit, dass es eine Eingabe Seitens einiger Bielerärzte erhalten hat, dahingehend, **die cantonale medicinisch-chirurgische Gesellschaft möchte bewirken, dass für die practischen Aerzte an der bernischen Hochschule in irgend einer Form Fortbildungsunterricht abgehalten werde.**

Dr. *Lanz* jun., als Initiant in dieser Frage, legt, vom Präsidium dazu aufgefordert, die Ansicht der Bielerärzte dar, welche dahin geht, dass nicht fortlaufende Feriencurse, die sich schon früher als practisch undurchführbar erwiesen haben, abgehalten werden, sondern dass Professoren und Docenten alle 8—14 Tage einmal den Unterricht den Bedürfnissen der practischen Aerzte anpassen.

Prof. *Lichtheim* erklärt sich gerne bereit, den Initianten in dieser Weise zu entsprechen, macht aber aufmerksam auf den Nothstand des klinischen Materials, welchem vor der Einführung von Fortbildungscursen abgeholfen werden sollte. Votant beleuchtet die Schwierigkeiten, an denen oft die Beschaffung wünschbaren klinischen Materials scheitert.

Prof. *Kocher* spricht sich in ähnlichem Sinne aus. Der Nothstand besteht hauptsächlich darin, dass zu wenig Betten vorhanden sind. Es hängt dies von den finanziellen Verhältnissen der Insel ab. Dieselben sind derart, dass cantonsfremde Patienten sehr theuer gehalten werden müssen, so dass selten aus den Nachbarcantonen klinisches Material in die Insel geliefert wird. Sehr häufig müssen auch Cantonsangehörige abgewiesen werden. *Kocher* glaubt daher, dass es im Sinne der Gesellschaft wäre, der Regierung die Verhältnisse mitzutheilen, damit sie Abhülfe schaffe. Auch *Kocher* glaubt, dass der Uebelstand progressiv sei. Er stellt den Antrag, in jenem Sinne eine Eingabe an die Regierung zu richten.

Dr. *Girard* unterstützt den Antrag *Kocher*, und zwar in dem Sinne, dass nicht nur das Spital tüchtig subventionnirt werde, sondern dass auch ein klinischer Kredit von 2—3000 Fr. geschaffen werde, über den der Kliniker zum Zweck der Aufnahme interessanter Fälle ganz verfügen könnte, wie das an andern Orten auch der Fall ist.

Dr. *Rellstab*, als Mitglied der Inseldirection macht auf die administrativen Schwierigkeiten für die Vermehrung des Materials aufmerksam. Er weist nach, dass die Insel den Klinikern entgegenkommt, soweit es irgend thunlich ist. Feriencurse sind bei der jetzigen Einrichtung kaum möglich, weil in den Ferien die Bettenzahl reducirt werden muss, um eine Mehraufnahme im Semester zu ermöglichen. Es sind dies die nämlichen Schwierigkeiten, wie diejenigen, die sich seinerzeit wegen der Militäroperationscurse erhoben haben. *R.* macht darauf aufmerksam, dass die Insel in allen Angelegenheiten, welche den Unterricht betreffen, sehr durch die Reglemente gebunden ist. Auch die Schaffung eines klinischen Fonds, um es zu ermöglichen, Betten rein zu Unterrichtszwecken zu belegen, wäre in Wirklichkeit unreglementarisch. Im Uebrigen begrüsst er die Anregung, dass der Staat auf die eine oder die andere Weise für den Unterricht mehr thun solle, sehr, lässt es aber dahingestellt, ob es besser sei, dass der Staat einfach die Subvention erhöhe, oder dass er die Unterrichtskosten ganz übernehme.

---

[1]) Eingegangen den 10. August 1888. Red.

Prof. *Kocher* verdankt den Herren, die bis jetzt gesprochen haben, ihre Voten. Er glaubt auch, dass die Insel ihr Möglichstes thue, und dass die einzig richtige Lösung die Vermehrung der Bettenzahl durch den Staat sei. Es erscheine diese Lösung jedenfalls richtiger, als die fortwährende Deckung unvermeidlicher Deficite.

Dr. *Ganguillet* macht darauf aufmerksam, dass die Discussion einigermassen in ein anderes Fahrwasser gelangt sei. Es war ursprünglich von Fortbildungscursen die Rede und *G.* möchte auf diesen Gegenstand zurückkommen. Er begrüsst die Anregung von *Lanz* und stellt den Antrag, es möchte ein Comité, aus Aerzten vom Lande bestehend, bezeichnet werden, welches sich mit den Professoren und Docenten in Verbindung zu setzen und ein Programm auszuarbeiten hätte. Das fertige Programm könnte in der Sommersitzung vorgelegt werden. Die Kosten der Fortbildungscurse dürften nicht allzu hoch, und die Betheiligten gerne bereit sein, zur Deckung derselben etwas beizutragen.

Dr. *Lanz* bemerkt gegenüber Dr. *Rellstab*, dass seine Bedenken wegen der Möglichkeit der Feriencurse deshalb keinen Gegenstand haben, weil gar keine Feriencurse gewünscht werden. Er schliesst sich dem Antrage *Ganguillet* an.

Prof. *Kocher* setzt eine Liste in Circulation, in welche sich diejenigen Collegen einschreiben sollen, welche Lust hätten, die Fortbildungsvorträge zu benutzen. Er macht den Vorschlag, dass das Comité der Gesellschaft sich durch Zuziehung von Aerzten vom Lande erweitern, in dieser Zusammensetzung die Frage der Fortbildungscurse prüfen und sich mit den Professoren in Verbindung setzen solle.

In der hierauf angeordneten Abstimmung fasst die Gesellschaft folgende Beschlüsse:

1. Die Gesellschaft beschliesst eine Eingabe an die Regierung, worin dieselbe ersucht wird, mit Rücksicht auf die Klagen über Deficite und Materialmangel die Mehrkosten für eine Vermehrung der Bettenzahl zu klinischen Zwecken zu tragen, und womöglich auch Freibetten für die Kliniken ganz auf Staatskosten zu erstellen.

2. Die Gesellschaft beschliesst, ihr Comité zu beauftragen, sich mit einer Anzahl von Aerzten vom Land in Verbindung zu setzen und in dieser erweiterten Form auf das Zustandekommen des Fortbildungsunterrichtes im Sinne der Anregung *Lanz* zu wirken.

Es folgen nun die wissenschaftlichen Tractanden.

1. Prof. *Lichtheim:* Klinische Demonstrationen.
a. Ein Fall von Dextrocardie.
b. Ein Fall von Wirbeltuberculose mit Wurzellähmung und Pupillarsymptomen.
2. Dr. *Girard:* Ueber Behandlung der Patellafracturen.
3. Dr. *P. Niehans:* Ueber die Behandlung innerer Einklemmungen.
4. Prof. *Pflüger:*
a. Demonstration zweier Fälle von Cocainkeratitis.
b. „ eines mnemotechnischen Hülfsmittels zur Diagnose von Augenmuskellähmungen.
5. Prof. *Kocher:*
a. Demonstration einer excidirten Gallenblase.
b. „ eines vor zwei Jahren operirten Magencarcinompatienten.
c. „ eines Patienten mit Pankreascyste.
d. „ einer neuen Operationsmethode für das Schultergelenk.
e. „ von Tabellen über die Operationsresultate bei Anwendung von Seide und Catgut im Jahre 1887. Cf. pag. 3 dieses Jahrgangs.
f. „ von Glasdrainröhren und Aufbewahrungsgefässen für Seide.

Schluss der Sitzung um 2 Uhr.

Bankett im Casino.

Als Gäste nehmen am Bankett Theil die Herren Architect Schneider und Regierungsrath Steiger.

Das Wort ergreift beim Bankett Prof. *Kocher* zu folgendem Toast:

„Hochgeehrte Herren Gäste und liebe Herren Collegen! Während wir im ersten Act

unsere Wünsche und Anliegen an die hohe Regierung formulirten, um sie um neue Leistungen auf dem Gebiete der Krankenpflege anzugehen, liegt uns im zweiten Acte die angenehme Aufgabe ob, den Staatsbehörden unseren Dank auszusprechen für das, was sie in letzter Zeit wieder zur Förderung der sanitarischen Einrichtungen gethan haben. Auf Antrag der Regierung hat der Grosse Rath beschlossen, die Gebäulichkeiten des äussern Krankenhauses anzukaufen und durch eine schöne Dotation einen Neubau nach modernen Bedürfnissen zu ermöglichen. Auch für einen Neubau einer Irrenanstalt und Versorgung der zahlreichen Geisteskranken in nicht zu langer Zeit ist Vorsorge getroffen durch Beschaffung der nöthigen Mittel.

Wir freuen uns dieses einsichtsvollen und hochherzigen Vorgehens unserer Staatsbehörde aufrichtig; vor Allem, weil damit dringlichen Bedürfnissen des Volkswohls abgeholfen wird, aber auch, weil es ein neuer Schritt ist, Berns Universität denjenigen anderer Städte und Länder ebenbürtig zu gestalten.

Während wir uns hier für den zweiten Act zu fröhlichem Thun niedergesetzt haben, tagt gleichzeitig in Zürich die schweizerische Aerztecommission und ihre Tractanden sind besonders geeignet, diesmal die Aufmerksamkeit cantonaler Aerztegesellschaften zu fesseln. Denn es handelt sich um einen Vorstoss zur Centralisation des Sanitätswesens durch Einführung des Hygieineunterrichts am eidgenössischen Polytechnicum in Zürich und durch Einrichtung eines schweizerischen Gesundheitsamts mit einem ständigen Sanitätssecretär. Die Nothwendigkeit, dass in gewissen sanitären Fragen der Bund spreche, und dass hiezu auch ein Organ geschaffen werde, hat nicht nur die schweizerische Aerztegesellschaft anerkannt, sondern auch Bundesversammlung und Schweizervolk durch Annahme des eidgenössischen Epidemiengesetzes. Soweit es sich um practische Maassregeln handelt gegen Ausbreitung ansteckender Krankheiten, muss ein einheitliches Vorgehen nach einheitlichen Grundsätzen gesichert sein, unbekümmert um Cantons-, Bezirks- und Gemeindegrenzen. Aber nicht nur bei acuten und infectiösen Krankheiten ist dies der Fall; sondern auch für Berufskrankheiten, chronische Alcoholvergiftung, Lebensmittelfälschung u. A. liegt es auf der Hand, dass die besten Maassregeln nichts ausrichten, wenn sie plötzlich an eine Grenze kommen, wo sie nicht mehr gelten, wo es erlaubt ist, schlechte Waare feilzubieten, wo die Zahl der Wirthschaften ad infinitum steigen darf und wo ein Fabrikherr seine Angestellten behandeln darf wie er will. So ist für sehr viele Fragen der Hygieine eine einheitliche Leitung eine nothwendige Forderung. Wenn in einem Landestheil eine bestimmte Norm für gesundheitsgemäss eingerichtete Wohnungen, sowohl private als öffentliche, anerkannt ist, so kann nicht ganz etwas anderes für einen anderen Landestheil zuträglich sein, und je mehr die Hygieine fortschreitet, desto sicherer werden für die verschiedensten Zweige derselben sich bestimmte Vorschriften herausbilden, welche am sichersten diesen Theil des Volkswohls fördern und welche deshalb nach einer einzigen, für Alle verbindlichen Norm festgestellt und ausgeführt werden müssen.

Allein hier hat die Centralisation auch ihre Grenzen: Wenn auf dem Gebiete des Militärwesens bald Alles dem Bunde unterstellt ist, so begreifen wir das vom Standpunkte der Vaterlandspflicht aus, wo das Interesse des Einzelnen sich opfern muss dem Gesammtinteresse. Aber wenn man sich dem gegenüber von vielen Seiten schon gegen ein einheitliches vaterländisches Recht wehrt, weil man der Ansicht ist, dass das Recht des Einzelnen um so mehr darunter leiden möchte, je höher hinauf man das Recht des Staates stellt, so ist das auf dem Gebiete der Hygieine in noch ungleich höherem Maasse der Fall. Es gibt keine Staatsgesundheit, die sich derjenigen des Einzelnen gegenüberstellen darf, so sehr dies in Rechtsfragen noch vorkommen mag.

Je besser für den einzelnen Bürger gesorgt ist in gesundheitlicher Beziehung, desto besser ist auch das Wohl der Gesammtheit nach hygieinischer Richtung gewahrt. Für den Einzelnen ist aber dann am besten gesorgt, wenn ihm durch Belehrung die nöthige Einsicht zu Theil wird, was die Gesundheit fördert, was derselben schadet und je weiter wir die Quelle der Belehrung wegrücken, desto sicherer wird auch die Hygieine zur

Cathederweisheit ohne practisches Ergebniss. Sehe man nur zu, wo die hygieinischen Fragen das meiste Verständniss erfahren, und wo letzteres die besten Früchte getragen hat: Nicht in dem centralistisch gerichteten Frankreich, sondern in England, wo das Selfgovernment kleiner Landestheile, der Gemeinden und der Privaten, die grösste Rolle spielt, wo Einzelnen und kleinen Gesellschaften die Initiative überlassen ist.

Ob nun besser dafür gesorgt ist, dass in kleinem Kreise Aufklärung über gesundheitsmässiges und gesundheitswidriges Verhalten gebracht wird, wenn die Techniker am eidgenössischen Polytechnicum oder wenn die Aerzte an den schweizerischen Universitäten eine tüchtige Ausbildung erfahren, das wird kaum vieler Erörterung bedürfen. Die Aerzte, welche Tag für Tag die traurigen Folgen sehen von verkehrten Anschauungen über Gesundheit und Krankheit, sich von früh bis spät mit den Uebeln allen zu befassen haben, welche verkehrtes Verhalten im Gefolge hat, werden darauf hingedrängt, Tag für Tag in kleinern und grössern Kreisen, bei Einzelnen, Familien und Gesellschaften Belehrung nicht nur, sondern Demonstrationen zu geben über Hygieine. Warum sollen nicht sie in allererster Linie die beste Ausbildung in letzterer erhalten?

Unser treffliche *Sonderegger* macht uns Aerzten in globo mit Recht den Vorwurf, dass wir bei aller Treue und Aufopferung im Kleinen es vergessen, uns für Fragen des öffentlichen Volkswohls zu interessiren, vollends in Schrift und Wort dafür zu wirken. Allein es wird dabei vergessen, dass der grössere Theil der jetzt practicirenden Aerzte noch in einer Zeit ihre Studien an der Hochschule gemacht hat, wo die Hygieine gar nicht oder als Nebenfach, als Anhängsel der gerichtlichen Medicin gelehrt wurde.

Lassen Sie einmal an unsern Universitäten Institute erstehen, welche im Kleinen das anstreben, was im Grossen die Anstalten verwirklichen, denen ein *Koch* in Berlin und ein *Pettenkofer* in München vorsteht und Herr *Sonderegger* wird sich nach einem Jahrzehnt überzeugen, mit welchem Feuereifer sich die Aerzte hinter die Fragen der Hygieine machen, wenn sie einmal durch gründliche Belehrung für dieselben angeregt und begeistert sind. Für die Hygieine im ganzen Umfang — denken Sie nur an das wichtige Gebiet der Bacteriologie — kann sich blos ein Mediciner interessiren, so erstrebenswerth es auch ist, dass Ingenieure und Architecten, Chemiker und Landwirthe verpflichtet werden, die einschlagenden Gebiete der Wohnungs- und Lebensmittelhygieine und verwandten Zweige durch Besuche hygieinischer Curse an den Universitäten sich zu eigen zu machen.

Wir halten dafür, der hochmögende eidgenössische Schulrathspräsident hat nicht so ganz Unrecht, wenn er beharrlich mit einem „Ceterum censeo“ sein Haupt schüttelt und den Hygieine-Unterricht für das eidgenössische Polytechnicum als zu weit gehend von der Hand weist, da dieselbe Sache der Universitäten sei. Freilich stellt sich mit dieser Auffassung das Verhältniss des Bundes zum Hygieine-Unterricht auf einen ganz andern Boden. Was durch Einrichtung eines mit allen modernen Hülfsmitteln ausgerüsteten Hygieine-Institutes unserer Schwester-Universität Zürich zu Gute kommt, das dürfen mit gleichem Rechte auch die andern Universitäten verlangen. Hier öffnet sich aber ein Gebiet von weittragenden Consequenzen, so dass es sich lohnt, den ersten Schritt weislich zu überlegen. Für den Augenblick ist das Interesse der Verstaatlichung und dem Rückkauf der Eisenbahnen zugewandt, aber es kann über Kurzem kommen, dass dieselbe Consequenz und Energie, welche hier das eidgenössische Interesse vertritt, sich dem Unterrichtswesen zuwendet. Eine Unterstützung des Hygieineunterrichts an den Universitäten ist nur der erste Schritt zum „Rückkauf der Universitäten“ durch den Bund. Für den Augenblick aber ist es sicherlich das übelste Auskunftsmittel nicht, dass der Bund die Universitäten der Cantone, welche schon so grosse Opfer für dieselben gebracht haben, nicht in ihrem Bestande antastet, sondern sie einfach nach Maassgabe ihrer Leistungen unterstützt.

Irgend etwas muss nach dieser Richtung angesichts der Thatsache, dass die Einnahmen der Cantone in demselben Maasse abnehmen, wie diejenigen des Bundes wachsen, nothwendiger Weise geschehen. Und der Gründung einer einzigen eidgenössischen Universität stehen ja so grosse Bedenken entgegen!

Unter keinen Umständen aber sollte ohne klare Auseinandersetzung ein Anfang zu materieller Inhandnahme des höhern Unterrichts durch den Bund gemacht werden, wie es thatsächlich geschehen würde durch Schaffung einer eidgenössischen juridischen Facultät in Lausanne nach den Vorschlägen der waadtländischen Regierung oder auch durch Installirung eines hygieinischen Institutes in Zürich. Denn auch wenn man das Institut an's Polytechnicum anbaut, wird es thatsächlich zu einem Theile der Universität werden; wenn es wirklich leistet, was ein solches Institut leisten kann, so werden die Mediciner es in seinem ganzen Umfang benützen, die Techniker aber blos die einschlagenden Curse besuchen.

Lernen wir von unserm grossen Nachbar, wie Deutschland es anstellt, um durch Förderung seiner grössten und kleinsten Universitäten Aufklärung und Belehrung möglichst peripher von kleinen accessorischen Centren ausstrahlen zu lassen und nur dasjenige im Hauptcentrum zu sammeln, was vom Reiche allein geleistet werden kann. Da gilts, die Brennloose richtig zu vertheilen, wenn einmal die Zeit gekommen ist, denn hier sind wichtigere Brennpunkte in Frage, als in der Alcoholfrage, die so viel Denkens und Arbeit gegeben hat.

So lange aber der Bund noch nicht Macht hat, um kurzer Hand einzustecken, oder die Gewogenheit hat, uns mit seinem Wohlgefallen zu krönen, wollen wir unverdrossen für uns selber sorgen und wenigstens dafür Sorge tragen, dass wir nicht in die Lage kommen, dass ein „Rückkauf unserer Universität“ durch den Bund zur Nothwendigkeit wird, dass wir vielmehr im Falle einer solchen unser Leben theuer bezahlen.

Ich spreche gewiss in Ihrer aller Namen, wenn ich den Vertretern der Behörden zu Handen von Regierung und Grossem Rathe unsern aufrichtigen und warmen Dank ausspreche für diese neue Förderung der Interessen und Wünsche des ärztlichen Standes und ich begrüsse in den anwesenden Herren Regierungsräthen Vertreter der Regierung, welche sich mit den leider durch Krankheit am Erscheinen verhinderten Collegen stets am wärmsten und unermüdlichsten für medicinischen Unterricht und Krankenpflege interessirt und deren Förderung gewidmet haben.

So freudig wir denn auch jedesmal in das Stosst an! Vaterland lebe! hurrah hoch! einstimmen, so gerne erheben wir jetzt unser Glas, unsere Gäste zu begrüssen und zu sagen: Stosst an! Bernerland lebe! Hurrah hoch!“

Ferner toastirt Regierungsrath Steiger auf das Wohl der Gesellschaft.

Es werden aufgenommen die Herren Collegen *Lardy*, *Giacomi*, *Fischer* (Schüpfheim), *Gehrig*.

Als Ort der nächsten Versammlung werden genannt Langenthal und Thun. Die Abstimmung entscheidet für Thun.

Samstag den 21. Juli 1888, Mittags 12 Uhr, in der Turnhalle Thun.[1]

Präsident: Prof. *Kocher*. — Secretär: Prof. *Sahli*.

Anwesend: 42 Mitglieder.

1. Der Präsident eröffnet die Sitzung und erfüllt in erster Linie die schmerzliche Pflicht, der Gesellschaft Mittheilung von dem Hinscheid der Collegen *Eberhard* in Utzenstorf und *Baader* in Basel zu machen, welch' letzterer zwar dem Verein nicht angehört hat, demselben aber als treuer Förderer der Interessen von Aerzten und Patienten geistig stets nahe stand. Die Gesellschaft erhebt sich zu Ehren der Verstorbenen von ihren Sitzen.

2. Der Präsident widmet Herrn Prof. *Lichtheim*, welcher, einem ehrenvollen Ruf nach Königsberg Folge leistend, von Bern bald scheiden wird, warme Worte des Abschieds.

3. Die Preisfrage ist nicht gelöst worden. Die Gesellschaft beschliesst Verlängerung des Termins bis 30. Juli 1889.

4. Die Rechnung wird genehmigt.

---

[1]) Eingegangen den 10. August 1888. Red.

5. Der Präsident referirt über den Abschluss des Vertrages zwischen Staat Bern und Inselspital. Er beantragt, den Behörden, insbesondere dem Herrn Erziehungsdirector, der Regierung und dem Grossen Rath den wärmsten Dank auszusprechen für die der Hochschule so günstige Lösung dieser seit langer Zeit brennenden Frage. Der Antrag wird einstimmig angenommen.

6. Der Präsident referirt über den Stand der Frage der ärztlichen Fortbildungscurse. Die bei dem probeweise vor 8 Tagen abgehaltenen klinischen Aerztetag stattgefundene Versammlung hat einem Comité, bestehend aus den Herren Proff. *Müller* und *Sahli* und den Herren DDr. *Schœrer*, *Christener* und *Giacomi* die weitere und definitive Organisation der Fortbildungscurse übertragen.

Dr. *Schœrer* als Präsident dieses Comité referirt über die Tags zuvor stattgefundene Berathung. Die Commission hat folgende Anträge formulirt und unterbreitet sie der Gesellschaft zur Genehmigung.

a) Es soll alle vier Wochen ein sog. „klinischer Aerztetag" abgehalten werden. Zu demselben werden die Aerzte durch Circular und ausserdem durch Publication im „Correspondenzblatt" eingeladen.

b) Der Unterricht an diesem Tage besteht hauptsächlich aus den am Morgen in gewohnter Weise mit den Studenten gemeinsam abzuhaltenden Kliniken, in welchen von den Docirenden Rücksicht auf die Bedürfnisse practischer Aerzte genommen wird. Prof. *Müller* ist bereit, seine Klinik im Interesse der zeitlichen Concentration des Unterrichts Mittags 12—1 Uhr abzuhalten, statt Morgens $6^1/_2$ (Sommer) oder Abends 5 (Winter). Der Nachmittag soll ausgefüllt werden durch Demonstrationen und Vorträge der nicht klinischen Docenten.

c) Von einer Verpflichtung der sich für die Sache interessirenden Aerzte, die Kliniken zu besuchen (durch Belegen, Coll.-Geld etc.) wird abgesehen.

d) Mittags soll jeweilen ein gemeinsames Essen der Docenten und Aerzte stattfinden.

e) Als Tag für die Abhaltung des Fortbildungsunterrichts wird vorgeschlagen der Mittwoch der Monatsmitte.

Diese Anträge werden von der Gesellschaft mit einem von Dr. *Kaiser* proponirten Amendement angenommen, wonach abwechselnd ein Mittwoch und ein Freitag als klinischer Aerztetag zu bestimmen ist.

7. Der Präsident macht die Mittheilung, dass Dr. *Wyttenbach* sein Amt als Bibliothekar der Gesellschaft niedergelegt und die Gesellschaftsbibliothek laut Beschluss der Hochschulbibliothek übergeben hat.

Es folgen nun die wissenschaftlichen Tractanden:

8. Prof. *Strasser* demonstrirt drei Microcephalen aus ein und derselben Familie und trägt vor über die Theorie der Microcephalie.

9. Prof. *Kocher* demonstrirt:

a) Eine neue Methode der Ellbogengelenksresection, bei welcher die Muskeln in der denkbar möglichsten Weise geschont werden.

b) Einen exstirpirten Milztumor. (Wird in extenso mitgetheilt werden.)

c) Die anatomischen Präparate von zwei erfolgreich operirten *Littre*'schen Hernien.

Die Gesellschaft begibt sich hierauf zum Bankett, das im „Baumgarten" um 2 Uhr stattfindet. Hier ergreift der Präsident nochmals das Wort, um Herrn Prof. *Lichtheim* im Namen der Gesellschaft Lebewohl zu sagen. Prof. *Lichtheim* wird auf seinen Antrag einstimmig zum Ehrenmitglied ernannt.

Lichtheim widmet seinerseits Bern und den Collegen freundliche Worte des Abschiedes.

Es werden aufgenommen die HH. Prof. *Strasser*, DDr. *Ceppi*, *Mützenberg* und *Renggli*.

Nach dem Essen macht der grössere Theil der Gesellschaft noch die projectirte Dampfschifffahrt nach Gunten mit, wo die interessante Nagelfluhschlucht besichtigt und nachher im Garten bei fröhlichem Becherklang und Wechselgesang mit einer Schaar flotter Bernermädchen unter Leitung des alleweil fidelen Collegen *Rau* die Ankunft des heimwärts fahrenden Schiffes abgewartet wird.



Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

8. Wintersitzung den 25. Februar 1888.[1])

Präsident: Dr. *H. v. Wyss.* — Actuar: Dr. *W. Schulthess.*

I. Dr. *v. Monakow* erwähnt im Anschluss an die Mittheilungen von Dr. *W. v. Muralt* in der letzten Sitzung betr. Lähmungszustände durch Constriction und Fracturen, dass es sich bei den besprochenen und von ihm behandelten beiden Patienten mit Constrictionslähmung nicht um eine schwere Lähmung gehandelt habe, indem die galvanische Reaction sowohl der gelähmten Nerven als Muskeln eine nahezu normale war und nur die faradische Erregbarkeit nicht unwesentlich (namentlich der lädirten Nervenstämme) herabgesetzt erschien. In 6 Wochen waren durch localisirte Faradisation alle Störungen beseitigt. Anders lagen die Verhältnisse bei der Radialislähmung durch Fractur. Hier zeigte sich eine vollständige Entartungsreaction und absolute Unerregbarkeit für den faradischen Strom (sowohl an der Umschlagstelle des N. radialis als an sämmtlichen von letzterm versorgten Muskeln). Während nun nach einer Behandlung von drei Monaten die Lähmung völlig schwand und die motorische Kraft sich vollständig restituirte, so dass der Patient wieder schreiben konnte, dauerte die Entartungsreaction merkwürdiger Weise noch ca. 6 Wochen über die Wiederherstellung der Beweglichkeit hinaus fort; es lässt sich dies wohl nur dadurch erklären, dass die electr. Anspruchsfähigkeit der bezüglichen Nervenzweige in Folge von Einbettung in Bindegewebsmassen und von partieller Dislocation der Nerven wesentlich herabgesetzt war zu einer Zeit, da die Leitungsfähigkeit bereits wieder hergestellt war. Denn die electrische Erregbarkeit an der Umschlagstelle des Radialis hatte sich gleichzeitig mit der Wiederkehr der Functionsfähigkeit der Muskeln normal gestaltet.

II. Dr. *Armin Huber* demonstrirt einen Fall von **Morbus Basedowii.** Ein bald 20jähriges Mädchen, Glätterin, das in der Jugend mit Ausnahme von Bleichsuchterscheinungen stets gesund gewesen sein soll, das dann im Sommer 1884 nach Erkältung mit eigenthümlichen Krampfzuständen und Zittern und ganz allmäliger Abmagerung und Schwäche im linken Arm, besonders der Hand, erkrankte.

Im Verlauf dieser Veränderungen stellte sich alsdann im Frühjahr 1887 stärkere Schwellung der früher kaum beachteten Struma ein. Im Herbst 1887 fielen der Umgebung „die grossen Augen“ der Kranken auf. Die Patientin fing jetzt auch an, in den Beinen zu zittern. Fortwährende Verschlimmerung des Zustandes.

Gegenwärtig zeigt Patientin bedeutende doppelseitige Struma, mässigen Exophthalmus, Tachycardie (bis 160 Schläge pro Minute), allgemeine psychische Erregtheit, leichte Fieberbewegungen, Tremor und Schwäche in allen Extremitäten, linksseitige Hemianæsthesie, hochgradige Atrophie und Lähmung im linken Daumen- und Kleinfingerballen, sowie geringere Atrophie und Parese im Flex. digit. comm., im Deltoid und Biceps links. Entartungsreaction in den atrophirten Muskeln. Vorhandene, nicht deutlich gesteigerte Sehnenreflexe im Bereich des linken Armes; keine Spasmen und keine Atrophie an den Beinen zu erkennen. Normale Sehnenreflexe, Gang nicht spastisch.

Der Tremor (speciell auch derjenige des linken Arms) zeigt in Schnelligkeit und Form der Zitterbewegungen, wie herumgegebene Curven darthun, die den Tremor der Hände mittelst Registrirapparates graphisch dargestellt haben, Uebereinstimmung mit dem von *Charcot* und *Marie* geschilderten Tremor bei *Basedow*'scher Krankheit.

Vortragender glaubt, dass auch die atrophischen Erscheinungen im linken Arm in den Symptomencomplex des Morbus *Basedowii* hinein gehören, zumal in der Litteratur einige wenige ähnliche Fälle beschrieben sind, wo zu ausgesprochenem *Basedow* entweder Paraplegie, oder Mono- und Hemiplegien mit oder ohne sensiblen Störungen, oder auch mit Atrophie der Muskeln complicirt, hinzutrat.

Vortragender hält die Affection am ähnlichsten oder identisch mit der spinalen pro-

---

[1]) Eingegangen den 10. Juli 1888. Red.

gressiven Muskelatrophie; nur fibrilläre Muskelzuckungen sind vermisst. Auch der eigenthümliche Beginn der Affection mit Tremor im linken Arm, der bis heute verblieben ist, und der dem *Basedow*'schen Tremor entspricht, spricht sehr für den Connex der Muskelatrophie mit dem Morbus *Basedowii.* Vielleicht bestand bis zum Frühjahr 1887 eine „Forme fruste" des *Basedow (Marie)* mit Zittern und Tachycardie; erst im Jahre 1887 vervollständigte sich das Bild mit dem Auftreten der Struma und des Exophthalmus.

Solche klinische Beobachtungen von Morbus *Basedow.* mit Motilitätsstörungen sprechen sehr für einen centralen Ursprung des *Basedow*, ebenso Experimente, wonach an Kaninchen bei Verletzung bestimmter Gegenden an der Med. oblong. Struma, Exophthalmus und Tachycardie erzeugt werden konnte, während aber wieder andere Facta (Schwinden des *Basedow* nach Exstirpation der Struma z. B.) total dagegen sprechen.

Discussion: Dr. *Genhard* hat die Patientin vor dem Eintritt in den Cantonsspital behandelt und dieselbe mit der Diagnose Poliomyelitis anterior chron. auf die medicinische Klinik geschickt. Die Krankheit machte schubweise Fortschritte. Bemerkenswerth scheint ihm, dass 8—10 Tage Fieber bestand von 38,2—39,2, ferner dass Schüttelfröste eintraten, welche durchaus nicht mit Tremor oder hysterischen Anfällen zu verwechseln waren, wozu um so weniger Veranlassung vorhanden war, als während der Fröste die Temperatur jeweilen 39 betrug. Auch der Druckschmerz auf der vertebr. prom. schien ihm für Rückenmarksaffection, welche Dr. *G.* als das primäre Leiden betrachtet, zu sprechen, während Dr. *Huber* diesen als hysterischen Druckpunkt betrachtet, und geneigt ist, die Schüttelfröste mit den im Spitale beobachteten Anfällen von Opisthotonus zu identificiren.

Die Poliomyelitis glaubt Dr. *Huber* ausschliessen zu müssen, weil keine plötzliche Lähmung, sondern eine allmälige Abmagerung eingetreten war.

Dr. *v. Monakow* ist der Ansicht, dass hier der Morbus *Basedow.* und die myelitischen Erscheinungen (welch letztere er mit Rücksicht auf das Zittern und die etwas erhöhten Sehnenphänomene als mit der amyotrophischen Lateralsclerose verwandte aufzufassen geneigt ist) streng auseinander zu halten seien. Bei zwei Fällen von Morbus *Basedowii* habe er in gewissen Phasen der Krankheit das Zittern, ja sogar jede ausgesprochene Tachycardie vermisst. Was die Localisation dieser Krankheit im Gehirn anbetreffe, so könne er sich der Ansicht des Vortragenden nicht anschliessen, indem er wie auch Andere nach experimentell erzeugten Læsionen des corp. rest. stets sehr schwere Gleichgewichtsstörungen (Rotiren nach der operirten Seite), die rasch tödtlich endigten, gesehen habe, und er glaubt daher nicht, dass beim Menschen eine Erkrankung des Streckkörpers ohne verwandte Erscheinungen auftreten könne.

Dr. *Huber* sagt, dass spastische Zustände bei der Patientin nicht vorhanden seien.

Dr. *Hermann Müller* macht darauf aufmerksam, dass Patientin während der Demonstration auf der linken Kopfhälfte stärker geschwitzt habe, als rechts, dass sie nach ihrer Angabe überhaupt an profuser Schweisssecretion leide; ferner sei eine auffallende Alopecie nicht erwähnt worden. Diese Erscheinungen müssen für die Diagnose mitverwerthet werden. Der vorliegende Fall könne als eine complicirte Neurose aufgefasst werden. Der physiologische Nachweis von trophischen Fasern im Sympathicusgeflecht sei zwar noch nicht erbracht, klinische Thatsachen sprächen aber entschieden für ihre Existenz.

Dr. *Müller* erinnert an das Vorkommen von atrophischen Zuständen bei Halssympathicusaffectionen (*Horner, Nicati*). Dass das gewöhnliche Symptomenbild des Morbus *Basedowii* eine einfache Neurose sei, dafür spreche einmal auch die Möglichkeit absoluter Heilung sogar sehr schwerer Fälle. Unter den 18 Fällen, die Dr. *Müller* beobachtet hat (12 Spital, 6 Privatpraxis) sind ihm vier bleibende Heilungen bekannt. Unter diesen 18 Fällen waren 16 Männer und 2 Frauen.

Prof. *Wyss* erinnert an die Anamnese, welche ganz deutlich zuerst von einer Rückenmarkserkrankung spricht. Zu dem schon bestehenden Leiden kamen in der Folge die Symptome des *Basedow*, was an und für sich nichts Merkwürdiges ist.

In Bezug auf Heilbarkeit erwähnt Prof. *Wyss*, dass die Heilbarkeit wohl allgemein bekannt sei; viele *Basedow*'s machen keine schweren Erscheinungen und heilen in relativ kurzer Zeit.

Dr. *Rud. Meyer:* Dass die *Basedow*'sche Krankheit eine Neurose sei, dafür spricht u. a. auch die Thatsache, dass *B. Fränkel* und *Hack* dieselbe mit Cauterisation der Nasenmuscheln geheilt haben. Dass auch in dem vorgestellten Fall die Nase stenotisch ist, sollte noch in den Status aufgenommen werden.

Dr. *v. Monakow* entgegnet, dass laut einer neuern Mittheilung die Reduction der Struma in *Fränkel*'s Fall sehr gering gewesen, dass auch die Natur der Krankheit in Frage gezogen worden sei.

Dr. *Honegger* möchte es für wahrscheinlich halten, dass es sich hier nicht um zwei Krankheiten, sondern um eine centrale Krankheit handle, wobei das Ergriffensein der Sympathicuscentren die Symptome des *Basedow* erzeugt habe. Im vorgestellten Falle fehlt das *Gräfe*'sche Symptom, dessen Vorhandensein vielleicht einen Schluss auf den peripheren Sitz der Krankheit gestattet.

Dr. *Frick* bestätigt, dass das *Gräfe*'sche Symptom bei der Patientin beobachtet worden sei, wenn auch nicht in hohem Grade.

Dr. *Ritzmann* fragt an, ob in dem Fall Erscheinungen von Pulsation der Retinalarterien beobachtet worden seien, was von Dr. *Huber* verneint wird.

III. Dr. *H. Meyer* berichtet über **einen Fall von destruirender Blasenmole.** Es sind vier Fälle von destruirender Blasenmole in der Literatur beschrieben; nämlich je einer von *Volkmann*, *Jarotzky* und *Waldeyer*, *Krieger*, *Wilton*.

In allen kam es durch die Einwucherung der degenerirten Chorionzotten in die mütterlichen Bluträume zur Destruction der Gebärmutterwand, zu heftigen Blutungen und zum Tode vor der Ausstossung der Blasenmole. Zwei Mal war der tödtliche Ausgang directe Folge der Metrorrhagien; ein Mal erfolgte er durch Peritonitis (Infection durch die stellenweise bis an's Peritoneum durchwucherte Uteruswand), ein Mal durch Verblutung in die Bauchhöhle nach Perforation des Uterus durch die wuchernden Blasen. — Der vom Vortragenden beobachtete Fall weicht sowohl im klinischen Verlauf als im pathologisch-anatomischen Befund von den beschriebenen Fällen wesentlich ab.

Es handelte sich um eine 55jährige Bauersfrau von kräftigem Wuchse, die bisher stets gesund gewesen war. Sie hatte drei Mal normal, zum letzten Mal vor 10 Jahren geboren, nie abortirt. Die Periode kam im 16. Jahre, wiederholte sich regelmässig alle vier Wochen bis in die jüngste Zeit; früher hatte sie 3—4 Tage gedauert, seit der letzten Geburt hielt sie 8 Tage an. Von jeher floss dabei viel Blut ab. Schmerzen hatte sie nie. In der Zwischenzeit bestand etwas schleimiger Ausfluss. — Am 1. Februar des Jahres 1886 war die Periode, nachdem sie bisher immer regelmässig eingetreten war, ausgeblieben. Erst 8 Tage später erfolgte ein blutig gefärbter Ausfluss, der aber 14 Tage lang andauerte. Dann folgte wieder eine Pause von circa 5 Wochen, bis 6 Wochen vor der ersten Untersuchung in Folge Tanzens eine sehr heftige, nur kurz andauernde Metrorrhagie sich einstellte. Nach drei Tagen wiederholte sich dieselbe und von da an verlor Patientin alltäglich sehr viel Blut. Sie fühlte dabei einen leichten stechenden Schmerz, eine Schwere im Leib und Drang auf's Wasser. Der Appetit blieb gut. Uebelkeit oder Erbrechen belästigte sie nie. — Seit 2—3 Wochen bemerkte sie etwelche Auftreibung des Leibes, verbunden mit Engbrüstigkeit. Zugleich bildete sich etwas Oedem um die Fussknöchel.

Status: Panniculus ziemlich stark, grosse Anämie. Tumor im Abdomen, welcher der Grösse, Consistenz und Form nach einem Uterus im fünften Monat der Schwangerschaft entspricht. Scheideneingang livid. Muttermund für zwei Finger durchgängig. In der Uterushöhle fühlt man das Ei. Während der Untersuchung blutet es wie bei einer starken Menstruation. — Uterus wird ausgeräumt; er enthält eine etwa kindskopfgrosse schöne Blasenmole. Die Entfernung bietet wegen fester Adhärenz an der Gebärmutterwand einige Schwierigkeit. Uterus contrahirt sich auf Irrigationen

und Massage hin gut. — Wochenbett ganz normal. Aufstehen am 9. Tage. Die Periode kehrte regelmässig alle 4 Wochen wieder, war aber noch profuser als früher. In der Zwischenzeit bestand ein starker, seröser, zeitweise röthlich gefärbter Ausfluss.

Nach einem halben Jahre erfolgte eine sehr heftige Metrorrhagie, welche die Frau so arg herunterbrachte, dass sie vollständig das Bild einer perniciös Anæmischen bot. — Die Gebärmutter zeigte die Grösse einer puerperalen am 10. Tage. Muttermund für einen Finger leicht durchgängig. Auf der Innenfläche fühlte man flache Erhabenheiten von glatter Oberfläche; dazwischen an mehreren Stellen kleinere Fetzen, die sich aber nicht abkratzen liessen. Was man mit Finger oder scharfem Löffel herausbringen konnte, waren nur jauchig zerfallende, membranöse Blutgerinsel.

Noch mehrere Male wiederholten sich sehr profuse Blutungen. Dazu traten heftige, 1—2 Stunden andauernde Schüttelfröste, welche sich etwa 3 Wochen lang alle 1—2 Tage wiederholten. Zu dem starken, serösen, jauchig-stinkenden Ausfluss gesellte sich sehr hartnäckige Diarrhoe; Patientin wurde immer elender und am 17. Januar des folgenden Jahres, also etwa 9 Monate nach der Entleerung der Blasenmole, starb sie.

Die Section ergab: starke Leber- und Milzschwellung. Därme blass, ganz ohne Belag. Zerfallender Thrombus im linken plexus pampiniformis. Uterus äusserlich einem puerperalen vom 10. Tage gleichend. Wandung auf dem Durchschnitt blass-röthlich, überall von ziemlich gleichmässiger Dicke von mindestens 1 cm. Innenfläche mit grünlich-schwarzem, jauchig zerfallendem Belage bedeckt. Unter demselben zeigt die Uteruswand an einzelnen Stellen flach-höckerige Beschaffenheit, an andern sieht man einen Besatz von kurzen derben Zotten. Auf dem Durchschnitt trifft man dicht unter der Innenfläche nadelkopf- bis linsengrosse, scharf begrenzte Höhlen, welche mit einem zottigen Gewebe angefüllt sind. Zum Theil stehen sie mit den oberflächlichen zottigen Stellen im Zusammenhang. — Tuben, Ovarien, ligg. lata, abgesehen von starken Venenerweiterungen beiderseits, normal.

Während des Lebens der Frau hatte ich die Annahme, welche am nächsten lag, diffuse Neubildung auf der Innenfläche, mit ziemlicher Bestimmtheit ausgeschlossen. Auch eine blosse jauchige Endometritis konnte nicht vorliegen. Ich dachte sehr lebhaft an Zusammenhang der jetzigen Affection mit der vor Kurzem abgegangenen Blasenmole, an Einwucherung der Chorionzotten in die Uteruswand und blieb bei dieser Annahme bis zum Tode der Frau. — Der anatomische Befund am frischen Präparate jedoch, sowohl wie die microscopische Untersuchung eines gehärteten Stückes Uterus, schienen mir dieselbe nicht zu bestätigen. Das eine sowohl wie das andere boten Befunde, wie ich sie weder durch eigene Anschauung, noch aus der Literatur kannte. Ich konnte mich am ehesten für die Annahme eines eigenthümlichen, diffusen Carcinoms entschliessen, welches durch die Complication mit septischer Endometritis und Metritis in besonderer Weise zerfiel, so dass es in der Form eines Zottenkrebses erschien. — Immerhin befriedigte mich diese Diagnose nicht und um in dem jedenfalls ganz eigenen Falle zu Klarheit zu kommen, wandte ich mich an's pathologische Institut. Der folgende pathologisch-anatomische Befund ist das Untersuchungsergebniss von Herrn Prof. *Klebs*.

In Folge von Verhinderung von Prof. *Klebs* demonstrirt Dr. *Hanau* in dessen Auftrag im Anschluss an obigen Vortrag die betreffenden microscopischen Präparate sowie nach solchen angefertigte Zeichnungen. Die Präparate sind nach der Paraffinmethode dargestellt worden. Man sieht an denselben grössere und kleinere Hohlräume — Lymphräume — zwischen den Muskelbündeln des Uterus, in welchen die wuchernden, grösstentheils epithelialen Bildungen liegen. Die zum Theil stark hyperplastischen Zellen entsprechen den Chorionepithelien. Ein Theil der Einlagerungen lässt noch bindegewebiges, zum Theil hyalinisirtes Stroma, jedoch ohne Gefässe central erkennen; dies ist namentlich bei fingerförmigen Bildungen der Fall, also solchen, welche die Zottenform deutlich gewahrt haben. Die Ernährung der abnormen Zellmassen findet von Seiten des mütterlichen Gewebes aus statt.

IV. Die Herren DDr. *Güttinger* und *Roth* haben sich zur Aufnahme in die Gesellschaft gemeldet.



Referate und Kritiken.

Die Pathogenese der epidemischen Diphtherie

nach ihrer histologischen Begründung von Dr. *M. J. Oertel*, Professor an der Universität München. Mit Atlas von 16 chromolithographirten Tafeln. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1887.

Ist es auch noch nicht gelungen, die Art untrüglich festzustellen und durch die Culturen künstlich die Krankheit in vollständiger Uebereinstimmung mit dem natürlichen Ablauf zu erzeugen — Spaltpilze sind die Ursache der Diphtherie.

In den Rachenorganen vornehmlich setzen sie sich fest, dringen durch das Epithel in die Schleimhaut und beginnen hier wuchernd eine Umsetzung zu bewirken, aus der ein chemisches Gift entsteht. Dieses Ptomain — und nach Allem nicht die Pilze selber — erzeugt den ganzen folgenden Symptomen-Complex durch tiefe Schädigung des Zellenlebens.

Im Epithel, in der Gewebeflüssigkeit, in den Gewebezellen breitet das Alkaloid sich aus; auf den Reiz vordringende weisse Blutkörperchen nehmen das Gift auf und sterben ab; ihre Trümmer, verschluckt, vergiften neue Zellen; so geht es weiter, in der Schleimhaut des Rachens, den Mandeln, den zum ursprünglichen Herd gehörigen Lymphdrüsen; das Blut trägt die kranken Zellen, das chemische Gift im Leibe herum, schädigt durch dieselben die Gefässwände, die Milz, die Nieren, die nervösen Centralorgane. Allenthalben ist es das gleiche Bild des Zellenverfalles: die Kernmembran löst sich auf, Kernsubstanz, Zellensubstanz, Chromatin gehen in eine ungeregelte Masse über; Bläschen, Schollen, Splitter, Körner, feinkornige, krümlige, staubige Ueberbleibsel sind der Rest der Zellen; netzförmige, faserige Gerinnung entsteht aus den Trümmern und durch Beimengung fibrinöser Ausscheidung aus dem Blute; der eigenthümliche Glanz der hyalin entarteten Eiweisssubstanzen stellt sich ein; die zunehmende seröse Durchtränkung verflüssigt den absterbenden Herd; liegt dieser an der Oberfläche, so bricht er durch und gerinnt zur „diphtherischen Membran"; liegt er in der Tiefe, so endet er schliesslich in Schmelzung und vollständiger Auflösung.

So ist aus der Einwanderung der Spaltpilze zuerst ein örtlicher Herd und dann eine allgemeine Infection entstanden.

Indem *Oertel* für die eine Pilzkrankheit das Geschehen in den verschiedensten Organen feststellt, die Cellularpathologie bereichert um die Darstellung, wie die Zelle den Kampf mit dem Diphtheriepilze austrägt, hat er es wahrscheinlich gemacht, „dass auch bei anderen Infectionskrankheiten ähnliche Zellenveränderungen vorkommen" möchten. (Erklärung in *Ziemssen*'s Archiv, Bd. 42, S. 511.) Dadurch erhebt sich seine Arbeit zu um so allgemeinerer Bedeutung.

Oertel's Buch ist eine stolze Erscheinung der deutschen Litteratur. Zwei Jahrzehnte hat er die Sache im Auge behalten. Die neuern Bereicherungen der technischen Hülfsmittel haben es ihm ermöglicht, bis zu den feinsten Kernveränderungen vorzudringen; ein prachtvoller Atlas stellt die histologischen Vorgänge in Naturtreue Jedem vor Augen; in schöner Entwickelung erläutert der Text die Befunde, bis sie zu klarer Darstellung vom Wesen des Processes sich zusammenordnen.

Verfasser und Verleger dürfen sich in die Ehre theilen, ein Buch solcher Gestalt geschaffen zu haben, das jeder privaten und öffentlichen Bibliothek zur Zierde gereichen wird. *Seitz.*

Die Alcoholfrage.

Ein Vortrag von *G. Bunge*, o. Professor der physiologischen Chemie an der Universität Basel. Zweite Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel. 1887.

Ein absolutes Verdammungsurtheil gegen den Genuss des Alcohols, geistreich geschrieben, schön geschrieben, — richtig, soweit es den Uebergenuss angeht, übertrieben, sofern auch der gemüthliche mässige Trunk im Freundeskreise, das Glas erquickenden Rebensaftes als Würze der Mahlzeit, als Erfrischung nach der Arbeit, keine Gnade mehr findet. *Seitz.*

Ein Fall von Schwefeldioxyd-Vergiftung.

Gutachten, erstattet an das Tit. Civilgericht von Physicus Dr. *Sury-Binz*, Docent der gerichtlichen Medicin zu Basel. Separatabdruck aus *Eulenburg's* Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen. N. F. XLVII, 1.

Ein Mann von 45 Jahren, mässiger Schnapstrinker, geht Morgens 6 Uhr bei vielleicht vollkommenem Wohlbefinden an die Arbeit: wie schon seit 4 Jahren Herausnehmen von Seidensträngen aus dem Schwefelkasten. Alsbald confuse Handlungen, Gefühl von erschwertem Denken. Man musste ihn fortjagen. Unbekanntes Verhalten bis Nachmittags. Um 3 Uhr ist er in einem fremden Dorfe. Gänzliche psychische Benommenheit, völlige Verwirrung, totale Verwechselung von Ort und Umgebung; unsicherer schwankender Gang. Ausserordentlich rasch zunehmende motorische Schwäche, Verlust von Sprache und Schluckvermögen; Athemnoth, Nackenstarre; vom Abend an vollständige Apathie, allgemeine Convulsionen. Am folgenden Morgen noch Schwefelgeruch am Hemde. Anhaltende tiefe Benommenheit. Tod 39 Stunden nach Beginn der Krankheit. Sehr rasche Fäulniss bei aufgedunsenem, dunkelblauem Gesicht. Keine Section.

Der behandelnde Arzt stellte ein Zeugniss aus auf Tod durch Vergiftung mit Schwefeldampf.

Das Gutachten konnte als brauchbare Todesfälle dieser Art aus der Litteratur bloss zwei anführen.

In St. Denis waren 1862 zwei Arbeiter sicher in Folge einer sehr energischen und hochgradigen Einathmung von Schwefeldioxyd rasch dahingestorben.

In einer Korbfabrik wurde geschwefelt und es blieb in den Zimmern ein unangenehmer Geruch. Am folgenden Morgen fand man den Hausherrn in einem bewusstlosen Zustande, desgleichen auch die Dienstboten.

Es ist begreiflich, dass gestützt auf diese wenigen Thatsachen und auf die sehr mangelhafte Beobachtung des in Frage stehenden Falles das Gutachten dazu kam, nicht mit absoluter Sicherheit, sondern nur mit grosser Wahrscheinlichkeit zu schliessen: Vergiftung mit Schwefeldampf war die hauptsächliche Todesursache; die Vergiftung war die Folge plötzlicher Einwirkung des schädlichen Gases auf Grundlage einer durch Alcoholmissbrauch geschaffenen Prädisposition.

Wer, bei der ausserordentlichen Mannigfaltigkeit der Ursachen des plötzlichen Todes, auch diese Schlussfolgerung hier zu weit gehend halten möchte, der möge im Original die ausführliche Begründung derselben nachsehen. *Seitz.*

Abwartende Methode oder Credé'scher Handgriff?

Eine kurz gefasste Darstellung der Physiologie und Diätetik der Nachgeburtsperiode für Aerzte und Studirende von F. *Ahlfeld*. 1888.

Der Verfasser schildert die Entwickelung des *Credé*'schen Verfahrens und den Kampf, der sich für und gegen dasselbe entspann. Bei der abwartenden Methode ist nach *A.* der Blutverlust geringer, die manuelle Lösung der Nachgeburt wird seltener nothwendig, „die Eihautretentionen gehören zu den grössten Seltenheiten", die Zahl der Wochenbettsblutungen nimmt ab.

A. schlägt in der Nachgeburtszeit folgendes Verfahren vor: Nach der Abnabelung des Kindes und Reinigung der Frau werden die Genitalien besichtigt, blutende Wunden vereinigt, nicht blutende können nach Austritt der Nachgeburt geschlossen werden. Die Kreissende wird trocken gelegt und bleibt mit mässig geschlossenen Beinen ruhig auf dem Rücken liegen. „Die meisten Frauen schlafen die ganze Nachgeburtszeit hindurch". Von Zeit zu Zeit sieht man nach, ob nicht zu viel Blut abgeht. Nach 1½ Stunden kann man annehmen, dass die Eihäute gelöst seien, weshalb nun, nachdem die Blase entleert worden, zur Expression der Nachgeburt geschritten wird. Zu diesem Zweck umfassen vier Finger der einen Hand den Fundus und die hintere Wand des Uterus, während der Daumen an die vordere Wand zu liegen kommt. Damit die Eihäute nicht abreissen, soll der Austritt langsam erfolgen. Die Genitalien werden gewaschen, die Wöchnerin zugedeckt.

Bei dauerndem Blutabgang nach Austritt des Kindes wird der Uterus gerieben; hört die Blutung trotzdem nicht auf, oder war dieselbe von Anfang an sehr stark, so schreitet

man zur frühzeitigen Expression, ebenso nach Placenta prævia mit starkem vorausgegangenem Blutverlust, bei Tympanitis uteri und infectiösem Fieber der Mutter. Die Halbentbundene soll man ruhig liegen lassen, ja nicht herumtragen. Will man desinficiren während die Nachgeburt noch im Uterus ist, so verwendet man dazu warmes Wasser unter schwachem Druck. „Jegliches Betasten des Uterus ist unstatthaft."

In der Praxis will *A.* dem Arzt unter gewissen Umständen einige Concessionen einräumen und ihm gestatten, auch wenn keine Blutung vorhanden sein sollte, das Verfahren abzukürzen.

„Stets aber muss sich der Arzt bewusst sein, dass er mit Ausführung des *Credé*'schen Verfahrens einen physiologischen Vorgang stört. Die Verantwortung für die aus dieser Störung hervorgerufenen Folgen hat unzweifelhaft der Arzt auf seine Schultern zu nehmen."

Tramêr.

Zur Klärung in der Puerperalfieberfrage.

Von Prof. Dr. *H. Fritsch* in Breslau. 1888.

Die Bezeichnungen Selbstinfection und Infection von Aussen müssen fallen gelassen werden, da die Geburtshelfer im Grunde alle über die Art der puerperalen Infection einig seien und der Streit sich eigentlich nur um das Wort oder den Namen Selbstinfection drehe. Man sprach früher von directer und indirecter, von primärer und secundärer, von Spontan- und Contactinfection. Verfasser wählte, nach jahrelanger Ueberlegung, die Namen : nichtpathogene und pathogene Infection. Da jedoch auch diese Eintheilung, wie die anderen, ungenau sei, soll man einfach Alles „Wochenbettkrankheiten" nennen, von puerperaler Infection zu sprechen, sei gar nicht nöthig. *F.* bespricht ferner die puerperale Infection in foro und stellt folgende Normen fest, nach denen Richter und Sachverständige einen Fall zu beurtheilen haben.

1. Die Quelle der Ansteckungsstoffe muss klargestellt sein.
2. Die Unterlassung der Desinfection muss bewiesen werden.
3. Eine andere Todesursache als die Puerperalkrankheit muss geleugnet werden können.

Nach Ansicht des Verfassers werden diese drei Punkte in der Regel nicht schwer zu beurtheilen sein.

Im Gegensatz dazu glaubt der Referent, dass die Entscheidung wenigstens der beiden ersten Punkte meistens sehr schwer, ja oft unmöglich sein wird. *Tramêr*, Basel.

Einige Bemerkungen über die nicht auf directer Uebertragung beruhenden Puerperalerkrankungen.

Von *H. Fehling.* Separatabdruck aus dem „Archiv für Gyn." Band XXXII. Heft 3.

F. verlangt mit Recht, dass der verwirrende, unglücklich gewählte Begriff der „Selbstinfection" aus der Welt geschafft werde. Was ist Selbstinfection? Es gibt gar keine im eigentlichen Sinne des Wortes und man hüte sich ja, zur Entlastung der eigenen Verantwortlichkeit die Contactinfection durch diesen Ausweg einer anderweitigen Infection einzuschränken. Ref. ist überzeugt, dass mit der Erfindung des Wortes „Selbstinfection" mancherorts das Verantwortlichkeitsgefühl sofort abgenommen hat und die „unbequemen und lästigen" Forderungen der prophylactischen Antisepsis im Wochenbette rasch und gerne reducirt und gemildert worden sind — zum Schaden der Gebärenden. Des bestmöglichen Resultates, des ganzen Segens der Antisepsis werden unsere Wöchnerinnen erst dann theilhaftig, wenn jeder Arzt sich voll und ganz seiner Verantwortlichkeit gegenüber der Gebärenden bewusst und überzeugt ist, dass die geringste Nachlässigkeit in der antiseptischen Reinlichkeit sich schwer rächen kann und dass jeder Fall von sogenannter Autoinfection — so gut wie bei einer chirurgischen Verletzung — eben seine ganz natürlichen äusserlichen Gründe hat und wenn immer möglich verhütet werden sollte.

Prof. *F.* wünscht an Stelle der bisher gebräuchlichen Contact- und Autoinfection die Bezeichnungen primäre und secundäre Infection und betont, dass die secundären Erkrankungen nicht blos von den im Genitalsecret schon vorhandenen Spaltpilzen ausgehen, sondern dass dabei vielleicht noch häufiger Luft- und Fingerübertragungen im Wochenbette in Betracht kommen.

P r i m ä r e Infection soll also vorläufig bedeuten: Infection durch äussere Uebertragung. S e c u n d ä r e: Infection entstanden durch Resorption von Ptomainen infolge nachträglich entstehender Zersetzungsvorgänge, gleichgültig, ob die veranlassenden Spaltpilze schon vor der Geburt oder erst hernach in's Genitalsecret gelangten. *Haffter.*

Pfleget die Zähne!

Rath und Belehrung für Jung und Alt. Von *F. Wellauer*, pract. Zahnarzt. 2. Auflage. Frauenfeld, J. Huber's Verlag. 72 S.

Ein vortreffliches kleines Buch, das — obwohl es für Laien bestimmt ist — wohl verdient, auch in einem medicinischen Fachblatte erwähnt zu werden. Ist es doch ein wichtiges und schönes Stück Arbeit auf einem Gebiete, das jedem menschenfreundlichen Arzte am Herzen liegt, auf dem Boden der Volksgesundheitspflege. — In allgemein verständlicher Weise werden nach kurzer anatomisch-physiologischer Einleitung die Fehler und Krankheiten der Zähne und ihre Ursachen besprochen. Namentlich wichtig und beherzigenswerth ist das Capitel über Einfluss der Ernährung auf die Zähne. Rückkehr zu Schwarzbrod und Habermus wird empfohlen, angesichts der Thatsachen, dass die besten Zähne da gefunden werden, wo man das härteste Schwarzbrod isst (z. B. Norddeutschland), die schlechtesten in Gegenden, wo feinstes Mehl bevorzugt wird (z. B. Appenzellerland). Diese Rückkehr zu Schwarzbrod und Habermus ist ja auch aus andern physiologischen und socialen Gründen dringend zu wünschen.

Selbstverständlich beschäftigt sich Verf. einlässlich mit dem Reinigen der Zähne — einem Cardinalpunkt der Zahnhygieine — und bespricht schliesslich ziemlich detaillirt die verschiedenen zahnärztlichen Operationen, welches Capitel dem lesenden Laien manches Vorurtheil zerstreuen und manche werthvolle Belehrung ertheilen wird.

Das nett ausgestattete kleine Buch gehört zu dem Empfehlenswerthesten in populärer Literatur über Gesundheitspflege. *Haffter.*

Die Zähne unserer Kinder während des Heranwachsens.

Ein Rathgeber für Mütter von Dr. *Alfred Bramsen* in Kopenhagen. Berlin, Aug. Hirschwald, 1888. 67 S.

Nicht nur für Mütter, auch für den Arzt, der oft über Unregelmässigkeiten und aussergewöhnliche Erscheinungen in der Entwicklung der kindlichen Zähne befragt wird und nicht immer Bescheid weiss; der ab und zu im Zweifel ist, ob er einen kranken Milchzahn entfernen soll, oder nicht. Das kleine Buch ist anziehend geschrieben, im Genre der populär medicinischen Schriften Englands. Der wichtigste und interessanteste Abschnitt bespricht die Bedeutung der sogenannten Sechsjahrzähne, der e r s t e n b l e i b e n d e n Zähne, die durchbrechen, ehe die Milchzähne verschwunden sind und die — mangelhaft behandelt oder zu wenig gewürdigt — bei der grössten Mehrzahl der Menschen die Hauptursache zu einem unvollkommenen Kauapparate bilden.

Ueber die „sehr häufige Nothwendigkeit zahlreicher Einschnitte in's Zahnfleisch zur Erleichterung der Zahndurchbruchsperiode", welche kleine Operation Verfasser eindringlichst empfiehlt, kann man wohl verschiedener Meinung sein. Dem Ref. will es nicht einleuchten, dass ein Eingriff in einen physiologischen Vorgang ungestraft fast zur Regel gemacht werden dürfe.

Beherzigenswerth für alle Verhältnisse ist das Schlusskapitel, in welchem die Eltern ermahnt werden, nie unwahr gegen ihre Kleinen zu sein, sie ja nicht — wie das so häufig geschieht — durch unrichtige Angaben, Versprechungen u. dgl. in Bezug auf das bevorstehende Unangenehme oder Schmerzhafte zu hintergehen und so ein Misstrauen in's kindliche Gemüth zu pflanzen, das — ganz abgesehen vom moralischen Unrechte — dem Arzte die allergrössten Schwierigkeiten bereiten kann.

Illustrationen erläutern den Text in trefflicher Weise. *Haffter.*

Untersuchungen über Säuglingssterblichkeit in der Schweiz

im Vergleiche der Verhältnisse anderer Staaten und mit besonderer Berücksichtigung des Cantons St. Gallen. Von Dr. *Guido Rheiner* in St. Gallen. Zürich, 1888. 8°. 91 Seiten.

Eine fleissige Arbeit eines jungen strebsamen Collegen! Das statistische Material des

eidgenössischen Bureau's in Bern wird öfters citirt, ist aber bis jetzt noch nie in der speciellen Kindermortalität so verwerthet worden. Die Mortalität der Kinder innert des ersten Lebensjahres ist für die gesammte Schweiz 18,8%, während sie beispielsweise für Schweden 12%, England 14%, Frankreich 16,6% beträgt, dagegen für Baiern und Württemberg 30% ausmacht. Dann kommt das Verhältniss der einzelnen Cantone (z. B. Graubünden und Obwalden 14%, Zürich, Basel, Schwyz 20%, mit 27,5% Maximum in Appenzell I.-Rh.). Auf pag. 22 beginnen die Angaben des Einflusses der legitimen und illegitimen Geburten (s. v. v.), die Verhältnisse für St. Gallen und die Statistik der Todtgeburten. Im zweiten Abschnitte, pag. 61, kommt das Wichtigste: Das ätiologische Moment der hohen Kindersterblichkeit. Die natürliche und künstliche Ernährung der Säuglinge, der Einfluss der Fabrikarbeit und das Schicksal der sog. Päppelkinder. Die Arbeiten *Sonderegger*'s, *Custer*'s und namentlich die eigene Erfahrung des Verfassers in verschiedenen Kinderspitälern und Polikliniken sind hier in treffender Weise zum Volkswohle verwendet worden. — Auch Nichtmediciner können aus der werthvollen Arbeit Nutzen ziehen und wünschen wir dem Schriftchen verdiente Verbreitung. *G...*

Klinische Vorträge von H. v. Ziemssen.

IX. Vortrag. V. Respirationsorgane.

2. Zur Diagnostik der Tuberculose.

Leipzig, Vogel. 1888. 30 S.

Verfasser will in diesem Vortrage keine zusammenfassende Diagnostik und Symptomatologie der Lungentuberculose geben, sondern vielmehr für den Practiker die diagnostisch wichtigsten und bedeutsamsten Punkte der Tuberculosenlehre hervorheben.

Zunächst wird für die Inspection die paralytische Thoraxform analysirt und betont, dass dieselbe, obschon sie auch bei nicht tuberculösen Personen vorkommt, stets einen gewissen Verdacht auf tuberculöse Anlage entstehen lässt. Bei der Percussion legt Verfasser sehr grosses Gewicht auf völlig gleichen Stand der Höhe des Gipfels beider Lungenspitzen, indem diese Höhe bei Gesunden ein wahrhaft überraschendes Gleichmaass habe. Die klinische Bedeutung der Differenz in der Spitzenhöhe für Schrumpfungsprocesse etc. wird eingehend erörtert und durch photographische Bilder illustrirt.

Betreffs der Sputum-Untersuchung vertritt Verf. auch den nun so ziemlich allgemein angenommenen Standpunkt, dass überall, wo Bacillen sich finden, Tuberculose vorliegt und umgekehrt. Er hebt hierbei aber energisch hervor, dass nur sorgfältige Untersuchung und genügende Uebung in microscopischer Technik vor schwerwiegenden diagnostischen Irrthümern schützen kann. Des Fernern glaubt Verfasser an einen gewissen Parallelismus zwischen Menge der Bacillen und Schwere des Processes; jedenfalls ist Abnahme der Bacillen im Verlaufe einer klimatischen Cur etc. prognostisch günstig. Den elastischen Fasern spricht er nur pathognostische Bedeutung zu, wenn sie in alveolärer Anordnung gefunden werden.

Den grossen Pigment- und Myelinzellen, welche *Buhl* s. Z. als pathognostisch für Desquamativ-Pneumonie auffasste, wird jede Bedeutung für Tuberculose aberkannt, indem dieselben sich auch bei 86% von daraufhin untersuchten Gesunden fanden. Ein besonders namhaftes Auftreten derselben besagt höchstens im Allgemeinen Irritationszustände der Athmungsfläche.

Ueber die Bedeutung des Fiebers bei Tuberculose weicht Verfasser von den im Allgemeinen angenommenen Anschauungen nicht ab.

Das Phänomen der tetanusähnlichen idiomusculären Zuckung beim Beklopfen des abgemagerten Pectoralmuskels wird nicht als der Tuberculose ausschliesslich zukommend anerkannt, sondern ist im Allgemeinen ein Abmagerungsphänomen. Endlich wird noch auf den diagnostischen und prognostischen Werth regelmässiger Spirometer-Untersuchungen und Wägungen hingewiesen.

Speciell für erstere stellt Verfasser auf Grund vieler Untersuchungen eine Art Grenzwerth auf für das Verhältniss zwischen normaler und subnormaler Athmungsgrösse, indem 1 Centimeter Körperlänge bei gesunden Männern entspricht einer vitalen Capacität von 20 C. C., bei Frauen von 17 C. C. Aenderungen und grössere Abweichungen von diesen Mittelwerthen im guten und schlimmen Sinn sind von diagnostischer und prognostischer Bedeutung. *Rütimeyer.*

Die Massage in der Gynäkologie.

Von *Seiffart*. Stuttgart 1888.

Wenn auch *Brandt* nicht der Erste war, der die Massage in der Gynäkologie anwandte, so hat er doch dieselbe schon auf eine solche Stufe der Vollkommenheit gebracht, dass die neuern Empfehlungen dieser Behandlungsmethode durch *Profanter* (mit einem Vorwort von *Schultze*) und so auch die *Seiffart*'s in vorliegendem Werkchen vorzugsweise darin bestehen, *Brandt* der unverdienten Vergessenheit zu entreissen. Besonders *Seiffart* nimmt *Brandt* gegenüber seinen Angreifern, unter welchen auch noch ein neuerer Schriftsteller über Massage, *Reibmayer*, sich findet, sehr in Schutz, nachdem er als Assistenzarzt in Jena Gelegenheit gehabt hatte, des Laien grosse Technik in Untersuchung und Behandlung zu bewundern, und zeigt sodann an der Hand einer Reihe Krankengeschichten seine Erfolge, überraschend in Bezug auf Heilung und Behandlungsdauer. Die massirten Patientinnen haben nie einen Tag im Bett zugebracht und sind ihren häuslichen Beschäftigungen während der ganzen Behandlungsdauer immer nachgegangen. „Dass trotzdem die Massage in einer geringen Anzahl von Sitzungen zum Ziele führte, spricht ganz ausserordentlich für die Wirksamkeit dieser Behandlungsmethode. Die bis jetzt in den Kliniken fast allgemein geübte Therapie dürfte kaum in gleicher Zeit ein gleiches Resultat aufweisen."

Ich bin überzeugt, dass die Massage in der Therapie der Frauenkrankheiten eine grosse Zukunft vor sich hat und der operativen Polypragmasie etwas Einhalt thun wird. Als kleiner Beitrag zu dieser, man darf, trotzdem *Brandt* schon vor einem Menschenalter sein Werk geschrieben, sagen: neuen Behandlungsmethode sei das Büchlein empfohlen.

Roth (Winterthur).

Cantonale Correspondenzen.

Aargau. Repetitionscurse für Hebammen. Da die Frage solcher Repetitionscurse mancherorts gegenwärtig studirt wird,[1]) so erfolgt hier die Mittheilung, dass dieselben mit der Eröffnung der cantonalen Kranken- und Gebäranstalt (Juli 1887) bereits im Canton Aargau eingeführt worden und in dem vom h. Regierungsrathe festgesetzten Regulative für die Gebäranstalt vorgeschrieben sind. — Zwei Curse sind nun unter meiner Leitung im November und December 1887 mit einer jeweiligen Dauer von 12 Tagen in der cantonalen Gebäranstalt abgehalten worden. Die Zahl der theilnehmenden Hebammen betrug beim ersten Curse 18, beim zweiten 17 und es wurden dieselben auf Vorschlag der Bezirksärzte hin einberufen. Täglich wurde theoretisch und practisch fünf Stunden Unterricht ertheilt und zwar über folgende Gebiete: Ueber den Bau des menschlichen Körpers. Ueber den Bau des Körpers des neugebornen Kindes mit Berücksichtigung der krankhaften Veränderungen an demselben. Vom weiblichen Becken und dessen regelwidriger Beschaffenheit. Die weiblichen Geschlechtsorgane; Regelwidrigkeiten derselben, soweit sie für den Hebammenberuf von Belang sind. Die Antisepsis in der Geburtshilfe; Methoden derselben und Folgen der Nichtbeachtung. Regelmässiger und regelwidriger Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes. Ernährung und Pflege der Neugebornen. Uebungen am Phantome und in der Untersuchung von Schwangeren. Inspection des Instrumentarium. Instrumentenlehre.

Die Theilnehmerinnen erhielten keine Entschädigung, wurden hingegen unentgeltlich verpflegt und mit der neuesten Auflage von *Schultze*'s Hebammenlehrbuch, auf Grundlage dessen auch hauptsächlich der Unterricht ertheilt wurde, beschenkt. Am Ende eines jeden Curses wurde eine Prüfung im Beisein von Experten (Herren Director Dr. *Schaufelbuel*, Dr. *Bruggisser*, Mitglied der Sanitätscommission, Dr. *Weber*, Bezirksarzt) abgehalten. Das Resultat dieser Prüfungen sei nach dem Berichte der Herren Experten ein gutes gewesen.

Das Durchschnittsalter der Theilnehmerinnen betrug 52 Jahre und hatten dieselben durchschnittlich 22 Jahre lang practicirt. Die Aufgabe, Leute in diesem Alter und mit

[1]) Neuenburg — stets an der Spitze des Guten und Fortschrittlichen — hat soeben auf Antrag der Gesundheitscommission ebenfalls jährliche Repetitionscurse für Hebammen eingeführt. Der erste findet am 7. September statt, dauert von Morgens 9 bis Abends 5 Uhr und beschlägt Pathologie der Geburt und das Wochenbett, Antisepsis und Hygieine der Wöchnerin und des Neugebornen. Red.



so „langgewohnten Manieren“ wieder auf der Schulbank mit Erfolg zu unterrichten, war natürlich keine leichte. Ich fürchte deshalb, die geehrten Herren Collegen in Bern, welche in einem Curs von nur 8—10 Stunden ein, wenn auch nicht so grosses Gebiet, wie ich es that, durchnehmen wollen (v. „Corr.-Blatt“ Nr. 14), möchten sich im Erfolge vielleicht etwas täuschen. Immerhin aber ist es von Bern sehr verdienstlich, einen Anfang zu machen. Der weitere Aufbau wird dann schon folgen.

Aarau, im August 1888. *Kalt.*

Appenzell A.-Rh. Die electrische Lampe als Retter in der Noth. Wer jemals in den Fall gekommen, ein tückisch entwischtes Drainrohr in einer grössern Wundhöhle suchen zu müssen, der hat es wohl erfahren, wie schwierig ein solcher weicher Fremdkörper, der durch das suchende Instrument absolut kein charakteristisches Gefühl überträgt, zu finden ist.

Kürzlich war bei einem zweijährigen Kinde, bei dem ich wegen Empyem die Rippenresection ausgeführt, das Drainrohr verschwunden; nur die Sicherheitsnadel lag, ihren Dienst versagend, vor der Drainöffnung. Das Drainrohr musste in die Thoraxhöhle hineingeschlüpft sein. Die verschiedensten Zangen wurden eingeführt und damit sorgfältig nach dem Flüchtling gefahndet, aber ohne Erfolg; grosse Ausspülungen, verschiedene Stellung des Körpers, Resection eines weiteren Stückchens Rippe, wodurch das Einführen des kleinen Fingers möglich wurde — nichts wollte verfangen, das entwischte Drainrohr wieder zum Vorschein zu bringen. Auch mit dem Beleuchtungsspiegel war nichts zu entdecken. In dieser peinlichen Situation fiel mir ein, die kaum haselnussgrosse electrische Glühlampe meines galvanocaustischen Besteckes, die ich bisher nur als eine zierliche Spielerei betrachtet hatte, durch die Wunde in die Pleurahöhle einzuführen: ein Druck auf den Contact, und die kleine Thoraxhöhle war prächtig beleuchtet. Man sah die mit Granulationen bedeckte Pleura, das gegen das Pericard pochende Herz, die zusammengefallene Lunge, und hinter derselben guckte das Corpus delicti hervor, das nun leicht gefasst und herausbefördert werden konnte. Die Sicherheitsnadel hatte das Drainrohr geschlitzt und uns dadurch diese Verlegenheit bereitet.

Der von mir verwendete Apparat stammt von Chardin in Paris, ist sehr compendiös, leicht zu handhaben, sofort in Thätigkeit zu setzen und hat während zwei Jahren noch nie versagt. *Wiesmann.*

Graubünden. In Nr. 1434 des „British Medical Journal“ ist ein Brief der Herren Gebrüder Cœster, Wirthe des Hotel Belvedere in Davos, abgedruckt, der an einen englischen Arzt adressirt war. Die Leser des „Corr.-Blattes“ dürften folgende Stellen am meisten interessiren:

„Wir bedauern die Maassnahmen gegen Ihre englischen Collegen in diesem Lande tief und versichern Sie, die grosse Majorität des schweizerischen Volkes verurtheilt diese kurzsichtige Verfolgung, die gänzlich durch die Opposition hervorgerufen worden ist, welche die Praxis englischer Aerzte bei einigen schweizerischen Aerzten findet.“

„In diesem Canton practiciren drei englische Aerzte, Dr. *Huggard* in Davos-Platz, Dr. *Holland* in St. Moritz und Dr. *Wise* in Maloja. Dr. *Huggard* hat 1885 das schweizerische Examen in Genf bestanden. Aber zu unserem Leidwesen ist er trotzdem als Eindringling angesehen und in der schändlichsten Weise verleumdet worden, in der Absicht, sein Gedeihen an hiesigem Orte zu verhindern. Seine englischen Collegen jedoch sandten ihre Patienten ihm zu mit an ihn adressirten Briefen und so ging es Dr. *Huggard* ganz gut, trotz der schändlichen Verfolgung.“

„Dr. *Holland* und Dr. *Wise* haben kein schweizerisches Diplom; ihre Verfolgung wurde daher von einer andern Seite geleitet: sie wurden von schweizerischen Aerzten wegen ungesetzlichen Practicirens angezeigt, in der Absicht, ihrer Concurrenz gänzlich los zu werden. Aber es wird Sie interessiren, zu hören, dass die höchste Behörde Graubündens, der Grosse Rath, die Ansicht des schweizerischen ärztlichen Standes nicht theilte, sondern ihnen beiden das Recht zur Praxis ohne Examen gestattete.“

Die Herren Cœster wurden ausführlich auf die Unrichtigkeiten ihrer die Engadiner Aerzte betreffenden Angaben aufmerksam gemacht und höflich um Berichtigung ersucht; sie entsprachen aber dieser Minimalanforderung an ihr Rechts- und Anstandsgefühl nicht und die Engadiner waren gezwungen, dem „Brit. Med. Journal“ eine Berichtigung einzusenden, deren wesentlichster Inhalt lautet:

„Der eine der beiden englischen Doctoren practicirt in einer Gegend (Maloja), wo er keinem schweizerischen Collegen im Wege sein kann, und hat ihn auch kein Schweizer Arzt je angezeigt.

Als sich der andere englische Arzt zuerst niederliess, unterzeichneten sämmtliche in St. Moritz, Pontresina, Samaden, Zuoz und Scanfs ansässigen Schweizer Aerzte eine Petition für Gewährung der Praxis. Keiner dieser Aerzte hat ihn je verklagt — im Gegentheil, sie weigerten sich, amtliches Zeugniss gegen ihn zu geben. Und als die Frage vor den Grossen Rath kam, war das einzige medicinische Mitglied desselben auf Seite der englischen Aerzte, nachdem es über die Anschauungen der Engadiner Collegen unterrichtet war.“ Das ärztliche Kränzchen des Oberengadin.

Die Darstellung im Briefe der Gebr. Cœster ist eine durchaus unrichtige und ungerechte und verdient — um einen Ausdruck ihrer eigenen Feder zu gebrauchen — die Qualification einer „schändlichen Verleumdung“. Wir protestiren im Namen des schweiz. ärztlichen Standes dagegen und überhaupt gegen das Vorgehen der genannten Herren, welche hinter dem Rücken unserer Bündnercollegen dieselben in so schlimmes Licht zu stellen suchen. — Der objective und gerechte Standpunkt des Schweizerarztes gegenüber ausländischen Collegen ist auf pag. 484 dieses Jahrganges dargelegt, als Nachsatz zu einer cantonalen Correspondenz eines geschätzten bündnerischen Collegen, welche an und für sich schon im Stande ist, die Unwahrheit des Cœster'schen Briefes zu beweisen. Red.

Thurgau. Eine sehr **freundliche Feier** hat letzten Samstag Abend (18. August 1888) in der Waage in Zürich stattgefunden, zu Ehren des Herrn Geheimrath Prof. *Hasse*, der jetzt, 78 Jahre alt, in Hannover der Kunst und Wissenschaft lebt, in der Nähe seiner jüngern Tochter, die dort an einen ehemaligen Göttinger Assistenten ihres Vaters, Dr. *Schläger*, verheirathet ist. Herr *Hasse* war mit bestem Erfolge einige Wochen zur Cur in Baden, begleitet von seiner Tochter und deren Gemahl, und jetzt gekommen, seine Bekannten und Verehrer in Zürich zu begrüssen. Da hat denn Dr. *Rahn-Meier* den prächtigen Einfall gehabt, in seiner Freude an dem alten Lehrer die näher wohnenden Schüler desselben zu einem einfachen Abendessen in seinem Zunfthause einzuladen. Eine hübsche Zahl derselben ist denn auch gekommen, einige mit wohlgesetzten Versen, andere mit warmer, herzlicher Prosa, die meisten mit grauen Köpfen und theilweise defectem Haarschmucke, alle mit hellen Augen und frischen Herzen. Da ist es einige Stunden lang sehr gemüthlich zugegangen in der Freude an dem ebenso geistesfrischen als gemüthlichen Lehrer, mit seinem wunderbar treuen Gedächtnisse und lebhaften Interesse an jedem Einzelnen und in der Freude an den alten Freunden, deren Empfindungen und Tendenzen so sympathisch mit den eigenen geblieben sind. Auf Wiedersehen das nächste Mal! *R.*

Wochenbericht.

Ausland.

— Im New-Yorker „Medical-Record“ vom 4. August erzählt ein Arzt aus Chicago einen Erkrankungsfall in Folge der schlechten Gewohnheit **des Fingernägelkauens.** Eine junge Dame klagt über Schluckbeschwerden, wird einige Wochen mehr oder weniger erfolglos behandelt und behält schliesslich einen continuirlichen Reizzustand im Halse, als dessen Ursache bei genauester Untersuchung ein kleines Stück Fingernagel entdeckt wird, das sich hinter der linken Mandel unter der Schleimhaut eingebohrt hatte und mit käsiger Masse bedeckt war. — Dass die ekelerregende Gewohnheit Gefahren für die Gesundheit bringen kann, verfängt vielleicht mehr bei ihren — meist dem weiblichen Geschlechte angehörigen — Anhängern, als alle Vorstellungen und Zusprüche, welche bekanntlich ohne allen Erfolg sind.

— Aus der *Nothnagel*'schen Klinik in Wien wird für die **Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus,** wenn salicylsaures Natron und Salol (Wirkung wird sehr gerühmt; Unschädlichkeit betont; in einem Falle 110 gr. in 10 Tagen verbraucht ohne Nachtheil) im Stiche lassen, täglich zweimaliges Einreiben von 25—50%iger Ichthyolsalbe in die erkrankten Gelenke warm empfohlen, namentlich in Fällen von hartnäckigen, localisirten, chronisch gewordenen Gelenkentzündungen. (Allg. W. med. Z. Nr. 31.)



— **Chloralhydrat** besitzt hautreizende Eigenschaften wie Canthariden, wesshalb man es, auf Heftpflaster gestreut und dann erwärmt, sehr gut als Vesicans verwenden kann. Wenn es über fünfzehn Minuten einwirkt, bewirkt es Blasenbildung wie Canthariden.

— **Desinfection und Härtung der Gummidrains.** Dr. *Javaro* aus Mailand gibt im „C.-Bl. für Chir." Nr. 33 eine Methode an, die dem Uebelstande steuern soll, dass das zu weiche Drainrohr sich abknickt und damit zu functioniren aufhört.

Er bedient sich am besten der orangerothen Gummisorte, da die graue und schwarze sich weniger zu dieser Behandlung eignen. Die Röhren werden fünf Minuten, die stärkern Nummern auch länger, in concentrirte Schwefelsäure eingelegt, dann in 75%igem Alcohol ausgewaschen und hierauf in die antiseptische Conservirungsflüssigkeit: 5% Carbol- oder 1—2‰ Sublimatlösung, gelegt. Die so präparirten Drains besitzen eine beträchtliche Festigkeit und behalten ihre Lichtung auch dann, wenn sie (z. B. in Intercostalräume eingelegt) einem beträchtlichen Druck ausgesetzt sind. — Dagegen werden die Gummischläuche durch diese Präparation etwas spröde und bekommen an der Oberfläche leicht Risse; dieselben sind allerdings so seicht, dass eine Schwächung des Rohrs durchaus **nicht** eintritt, erschweren aber selbstverständlich die Reinigung des Materials.

— Bei **Zahncaries** empfiehlt *David:* Rp. Acid. carbol. crist., Ol. citri āā 2,0, Spirit. (90%) 20,0.

Ein Wattekügelchen wird mit dieser Lösung imprägnirt in die vorher ausgewaschene und getrocknete Höhle eingelegt. Sodann kommt darauf ein zweites Kügelchen, das mit Benzoetinctur getränkt ist. Diese Tamponnade wird täglich ein- oder mehrmals erneuert, wenn die Schmerzen wiederkehren.

— **Zahnschmerzbalsam.** Mit der nachfolgend verzeichneten Lösung werden Wattekügelchen imprägnirt in die Zahnhöhle eingelegt, worauf baldige Schmerzlosigkeit eintritt.

Rp. Extr. opii, Camph. trit., Bals. peruv. āā 0,5, Masticis 1,0, Chloroform 10,0.

— **Zur Aetiologie des Morbus Brightii acutus.** Im „Centralbl. für klin. Med." Nr. 30 veröffentlicht Dr. *Mannaberg* aus Wien einen interessanten Beitrag zu dieser Affection, dem wir die folgenden Notizen entnehmen.

M. untersuchte 11 Fälle von acutem Morbus Brightii und fand bei 8 derselben Streptococcen im Urin und zwar stand die Quantität derselben in gerader Proportion zu der Schwere der Erkrankung. Die Streptococcen waren morphologisch von den Erysipel- und Eiter-Streptococcen nicht zu unterscheiden; sie fanden sich theils frei im Harn, theils an morphotische Elemente desselben geknüpft, z. B. an hyalinen Cylindern, an Blutkörperchen. Erst die Züchtung der Bacterien in Gelatine zeigte, dass dieselben biologisch durchaus verschieden sind von den bisher bekannten Streptococcenarten. Ueppiges Wachsthum, Trichterbildung in der Gelatine, zartes büschelförmiges Auswachsen sind die Hauptcharaktere.

Die Controluntersuchungen mit Urin von andern Patienten und Gesunden wurden nicht verabsäumt — sie ergaben negative Resultate.

Thierversuche ergaben Folgendes: bei Hunden und Kaninchen, subcutan beigebracht, entsteht Abscessbildung. — In das Gefässsystem bei Hunden eingespritzt, stellten sich am 3. oder 4. Tage mehr oder minder intensive Erscheinungen von Seiten der Nieren ein: Blutkörperchen, Hæmatoidinnadeln, Nierenepithelien, Cylinder, Eiweiss und die genannten Streptococcen im Urin.

Die Erscheinungen dauerten 8—14 Tage; die Nieren der getödteten Thiere zeigten schon macroscopisch das Vorhandensein von Hæmorrhagien in der Corticalis und andere entzündliche Veränderungen.

Diese Resultate sind von grosser Wichtigkeit; — für die Complicationsnephritiden im Verlaufe acuter Infectionskrankheiten ist eine bacteritische Aetiologie schon anerkannt, während sie für die sog. primären Nephritiden noch nicht ergründet war. *Garrè.*

— **Wasserstoffsuperoxyd zur Desinfection des Trinkwassers.** *Van Hettinga-Tromp* hat Versuche mit (H_2O_2) Wasserstoffsuperoxyd angestellt zur zuverlässigen Desinfection von Trinkwasser, und gefunden, dass auf gewöhnliche Weise verunreinigtes Trinkwasser ein Zusatz von 1 Theil H_2O_2 zu 5000 bis 50,000 Theilen Wassers genüge, um dasselbe in 24 Stunden zu sterilisiren.

Der springende Punkt in der practischen Verwendbarkeit dieses Mittels dürfte sich

nach der Meinung des Referenten um die billige und bequeme Darstellung von H_2O_2 drehen. Vielleicht kann auf electrischem Wege die practische Lösung dieser Frage erfolgen. *G.*

— **Wasserstoffgaseintreibungen in's Rectum** als untrügliches diagnostisches Hülfsmittel zur Erkennung von Darmverletzungen bei penetrirenden Bauchwunden empfiehlt Prof. *Senn* in Chicago. Das Gas dringt — wie zahlreiche Versuche zeigen — durch gewöhnliches elastisches Gebläse eingepumpt — mit Ueberwindung der *Bauhin*'schen Klappe in den Dünndarm und Magen und es kann die fortschreitende Aufblähung des Verdauungstractus durch die Bauchwand genau beobachtet werden. — Die Sache ist so interessant und wichtig, dass die nächste Nummer dieses Blattes sich einlässlicher damit befassen wird. —

— **Cofeïninjectionen bei Herzschwäche.** *Huchard* macht darauf aufmerksam, wie sich oft plötzlich bei Arteriosclerotischen in Folge geringfügiger Ursachen (Grippe, Bronchitis, Ueberanstrengung etc.) Asystolie und acute Herzdilatation einstellt. Befällt dann solche Leute eine Pneumonie z. B., so tritt plötzlich die Herzschwäche in den Vordergrund. In diesen Fällen plötzlicher Lebensgefahr ist Digitalis hauptsächlich ihrer späten Wirksamkeit halber (2—3 Tage) nicht verwendbar. Es sind nach *H.* nur subcutane Injectionen von Cofeïn am Platze, welches neben der Schnelligkeit des Effectes den Vorzug der raschen und leichten Ausscheidung und der Unschädlichkeit besitzt. Es ersetzt daher auch bei allen Schwächezuständen den Aether. *H.* empfiehlt pro die 4—6 Injectionen einer mit der folgenden Lösung gefüllten *Pravaz*'schen Spritze: Natr. benzoic. 3,0, Cofeïn 2,0, Aq. dest. 6,0. M. D. S. Die Lösung zu erwärmen. (W. m. W., 30.)

— **Pravaz'sche Spritzen,** deren Canüle so verstopft ist, dass man nicht einen feinen Draht durchziehen kann, können g e r e i n i g t werden, indem man die Hohlnadel einen Moment über die Flamme hält; die fremde Substanz wird so schnell ausgetrieben oder zerstört. Wenn ein Draht in der Nadel eingerostet ist, so tauche man sie in Oel und halte sie über die Flamme, dann wird der Draht entfernt werden können. Gut ist es, Oel in das Lumen der Canüle zu bringen, dann sie zu erhitzen; so wird der Rost aus dem Innern entfernt. Dann spüle man mit Alcohol aus und die Nadel ist zum Gebrauch fertig. (D. med. Ztg.)

Stand der Infections-Krankheiten.

	1888.	Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperalfieber	Ophthalmoblennorrhoea	Rubeolae	Rötheln
Zürich u. Aussengem.	5. VIII.-11. VIII.	2	—	1	12	2	7	1	—	—	—	—
	12. VIII.-18. VIII.	6	—	—	11	5	1	1	1	—	—	—
Bern	5. VIII.-11. VIII.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	12. VIII.-18. VIII.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Basel	11. VIII.-25. VIII.	9	—	7	14	6	3	5	—	2	1	—

In Basel sind von den T y p h u s e r k r a n k u n g e n 3 von auswärts importirt, von den S c h a r l a c h f ä l l e n sind 6 in Kleinbasel.

Briefkasten.

Dr. *N.* in B.: Zur Befestigung Ihrer wankenden Ueberzeugung empfehle ich die Lectüre des herrlichen Referates von Dr. *J. Seitz* über die famose *Krönlein*'sche Rectoratsrede (pag. 213 dieses Jahrganges).

Münchener Feriencurse: Verschiedene Collegen, welche dieselben zu besuchen gedenken, möchten wissen, wer noch etwa mit von der Parthie ist. Es trifft sich oft, dass zwei oder drei Freunde sich puncto Reise, Wohnung etc. gerne zusammen arrangirten, vorausgesetzt, dass sie von ihren gleichartigen Plänen zum voraus Kenntniss hätten. — Wenn die Collegen, welche nach München zu gehen beabsichtigen, mir dies mittheilen, so bin ich vielleicht im Stande, da und dort ein solches Arrangement zu ermöglichen. Allen Gruss und Glückauf! *E. H.*

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats.
Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile.

Preis des Jahrgangs Fr. 12. — für die Schweiz, Fr. 14. 50 für das Ausland. Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. E. Hafftter

in Frauenfeld.

Nº 18. XVIII. Jahrg. 1888. 15. September.

Original-Arbeiten.

Die modernen Antipyretica.

Von Dr. **Armin Huber**, Secundararzt der medicinischen Klinik in Zürich.

Es mag beinahe gewagt erscheinen, zu einer Zeit eifrigen Kampfes zwischen den Gegnern einer antipyretischen Heilmethode und den Anhängern einer solchen die mächtigen Errungenschaften strebsamer Chemiker und einsichtiger forschender Pharmakologen und Kliniker zu discutiren; allein gerade dadurch, dass wir dieses Thema zum Vorwurf eines Vortrages wählten, wollen wir unsere Stellungnahme documentiren: zu der Reihe Derjenigen, die in der Einführung der modernen Fiebermittel eine Bereicherung unseres Heilapparates von hoher Bedeutung erblicken.

Seit zwei Decennien hat man erkennen gelernt, dass den Kranken in sehr vielen Fällen durch die hohe Körpertemperatur grosse Gefahr drohe, dass Unzählige dem Fieber zum Opfer fallen.

Im Sinne der schädlichen Noxe für den Organismus identificirte man allerdings in frühern Jahren vielfach bis in die jüngste Zeit den Begriff des F i e b e r s mit demjenigen der e r h ö h t e n K ö r p e r w ä r m e. In dieser letztern sah man das verderbenbringende Moment und man glaubte, wenn man Herr über dieses geworden, hätte man überhaupt das Fieber bekämpft.

Ein guter Theil dieser Anschauung bleibt allerdings auch heute noch vollauf bestehen und ist untrügliche Gewissheit; vorab der Satz, den *Liebermeister* vor einer



Reihe von Jahren unter allgemeiner Anerkennung auf dem ersten Wiesbadener Congress aufgestellt, dass in vielen Fällen von fieberhaften Krankheiten eine Gefahr für den Kranken in der Steigerung der Körpertemperatur bestehe.

Damit haben ohne Zweifel jene Mittel Berechtigung erlangt, die im Stande sind, die Körpertemperatur für kürzere oder längere Zeit auf eine Stufe herunterzusetzen, welche Gefahr für den Kranken nicht mehr darbietet.

Allein in anderer Beziehung hat man schärfer die pathologischen Erscheinungen zu differenziren versucht, welche nur der erhöhten Eigenwärme zugeschrieben werden müssen, und die Reihe anderer Symptome, welche in Verbindung mit der letzteren das Symptomenbild Fieber constituiren. Diese Forschungen sind nun allerdings noch keineswegs abgeschlossen, aber darin sind doch wohl die meisten Autoren einig, dass in früheren Jahren bei der deletären Wirkung des Fiebers, insbesondere der acuten Infectionskrankheiten, zu viel auf Rechnung der Blutwärme gesetzt wurde, und dass man heutzutage vor Allem die degenerativen Veränderungen der Organe nicht als Folge der erhöhten Körpertemperatur, als vielmehr die Folgeerscheinung der Infection durch die Microorganismen betrachtet, der durch sie und ihre chemischen Zersetzungsproducte hervorgerufenen Vergiftung des Körpers.

Der erhöhten Eigenwärme sollte im Fieber nur die Beschleunigung der Herzthätigkeit und der Athmung zukommen; alle weitern Erscheinungen, als Störungen des Centralnervensystems, die Veränderungen der Pulsbeschaffenheit, die Secretions- und Stoffwechselstörungen wären Folgen der Infection.

Es steht somit ausser Frage, dass der Werth der Temperatur herabsetzenden Mittel durch diese neueren sehr wahrscheinlichen und zum Theil auch erhärteten Anschauungen beträchtlich herabgesetzt wird, allein ihre Existenzberechtigung bleibt dennoch durch die Anerkennung der *Liebermeister*'schen These.

Diese Behauptung thut auch den Anschauungen jener Richtung keinen Eintrag, welche in einer wissenschaftlich allerdings besser begründeten Weise argumentirend, als dies in der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts schon geschehen ist, von einer Bekämpfung des Fiebers und somit auch der erhöhten Körpertemperatur deshalb nichts wissen wollen, weil sie dasselbe als einen von der Natur eingesetzten Heilprocess betrachten, durch den das Gift aus dem Körper ausgeschieden werden sollte. Die neueren Vertreter dieser Richtung, und es sind deren bereits heutzutage nicht wenige, betonen immer wieder, dass es denkbar sei, dass der Organismus durch das Fieber in den Stand gesetzt wird, sich der Infectionsstoffe rascher zu entledigen, als es ohne diese Einrichtung der Fall wäre. Vielleicht werde durch die hohe Körpertemperatur z. B. die Energie der Microben zwar noch mehr angefacht, ihre Lebensdauer aber beschränkt.

v. Ziemssen macht aber in seinem klinischen Vortrag über Antipyrese und antipyretische Heilmethoden gewiss mit hohem Recht darauf aufmerksam, dass das Leben und Wirken der Spaltpilze im menschlichen Körper für viele Species ein genau begrenztes und vom Fieber, von der Therapie und von andern äussern Verhältnissen total unabhängiges sei.



Wenn auch einzelne Beobachtungen mitgetheilt worden sind, nach denen es „scheinen“ dürfte, der Verlauf von Epidemien der einen oder andern Infectionskrankheit, oder derjenige eines einzelnen Falles sei durch eine continuirliche Entfieberung, oder besser gesagt Körpertemperaturherabsetzung in die Länge gezogen worden, so widerspricht dem die allgemeine Erfahrung; aber ebenso wenig allerdings coupiren die meisten Fiebermittel, sofern es eben nicht Specifica sind, den Krankheitsverlauf; ja die allgemeine gegenwärtige Anschauung neigt dahin, dass man nicht einmal mit Sicherheit von einer Abkürzung der Infectionskrankheit bei Anwendung dieses oder jenes Mittels mit Sicherheit sprechen könne.

Hinc illæ lacrimæ! Daher jene Rufe nach Specifica, nach Mitteln, die nicht nur nach Ansicht der hitzigsten Anti - Antipyretiker das Pferd am Schwanz aufzäumen, und rein symptomatisch die Körpertemperatur um wenige Grade herunterdrücken, sondern Mitteln, die mit Erfolg darauf los gehen, die in den Körper eingedrungenen Krankheitserreger zu vernichten. Wir schliessen uns, mit welchem Rechte mag dahingestellt bleiben, jener Gruppe an, welche in Ermanglung des Besseren wenigstens das mit Vernunft zu benutzen sucht, was ihr geboten ist.

In der Verwendung bei hyperpyretischen Temperaturen finden aber bei uns die Antipyretica, oder wie wir eigentlich nach den gehabten Auseinandersetzungen richtiger sagen müssten, Antithermica, noch keineswegs ihren ausschliesslichen Wirkungskreis. Wenn wir es mit geschwächten Individuen, besonders decrepiden Greisen, Potatoren zu thun bekommen oder mit Kranken, die durch lange anhaltendes Fieber bedrohlich heruntergekommen sind, so sehen wir darin die Indication, für kürzere oder längere Zeit, um die febrile Consumption möglichst zu reduciren, die Körpertemperatur herabzusetzen, denn daran, dass es gerade die erhöhte Blutwärme ist, die zum guten Theil den Mehrverbrauch an Nährmaterial im Fieber bedingt, ist kein Zweifel.

Eine genaue Untersuchung des Kranken, das Gewinnen eines sichern Urtheils über die Widerstandsfähigkeit seines Gesammtorganismus und der einzelnen Organe ist eine unerlässliche Forderung an den Arzt, damit er im Verlauf einer länger dauernden oder sehr hoch fieberhaften Krankheit nicht den Moment verpasst, antipyretisch einzugreifen.

Wenn wir auch noch so sehr dagegen eifern, dass der Arzt, hat er einmal am Thermometer 39 Grade abgelesen, sein obligates Fieberpulver verschreibt, denn auch hier, wie in so vielen andern Disciplinen, rächt sich die Schablone, [1]) — so geben wir dennoch ohne Weiteres zu: Bei der Fieberbehandlung kann entschieden eher zu wenig als zu viel geschehen: man kann den richtigen Moment verpassen, und dann ist das nicht mehr gutzumachen, während die Application eines Antipyreticums, da wo es nicht absolut nöthig gewesen, kaum eine ernstere Gefährdung des Kranken mit sich bringt.

War man bis zum Jahre 1882 zur Bekämpfung des Fiebers vorwiegend auf Chinin, Salicylsäure und das Wasser beschränkt, beginnt mit dieser Zeit eine fruchtbare Aera der Schaffung neuer Fiebermittel, von denen der grössere Theil

[1]) Man berücksichtige nur unter Anderem, wie man sich dadurch das Krankheitsbild verwischt und häufig genug die Diagnose erschwert oder gar unmöglich macht.



den Anforderungen vollauf entspricht, die an ein Antipyreticum gestellt werden können.

Man hatte schon seit Jahren versucht, auf synthetischem Wege mit Zugrundelegung des Chinolinkerns solche Mittel darzustellen, und der Münchner Chemiker *Fischer* übergab im Jahre 1882 dem Erlanger Pharmakologen *Filehne* ein Chinolinderivat zur Prüfung auf seine antifebrilen Eigenschaften, das dieser Kairin nannte, ein in Wasser leicht lösliches Pulver, das sich bereits in kleinen Gaben als in hohem Grade antifebril erwies. Reichte man Gaben von 0,5—1 gr. 2—3mal in stündlichen Intervallen, so konnte man die höchsten Temperaturen unter stürmischem Schweissausbruch auf die Norm herunterbringen. Aber dieses Mittel besass zwei grosse Nachtheile; einmal war seine Wirkung eine sehr kurz dauernde, so dass $2^1/_2$—3 Stunden nach dem tiefsten Abfall auch meist schon wieder die ursprüngliche Temperaturhöhe erreicht war, und der zweite, viel wesentlichere Nachtheil war der, dass der Wiederanstieg der Temperatur, nachdem die Kairinwirkung vorbei war, fast ausnahmslos unter starken Frösten, oft kräftigen Schüttelfrösten, vor sich ging. Nicht zu selten wurden selbst bedrohliche Collapszustände beobachtet.

Das Mittel hatte noch durchaus keine allgemeine Anwendung erlangt wegen diesen geschilderten Unannehmlichkeiten, da erfolgte die Darstellung eines zweiten Chinolinderivates von *Knorr* in Erlangen, und wiederum von *Filehne* geprüft und empfohlen (1884), diejenige des Antipyrin. Der letztgenannte Autor hatte nach genauer Prüfung der Wirksamkeit dieses Fiebermittels die Vorschrift aufgestellt, dass man zwei Stunden nach einander je 2 Gramm und in der dritten Stunde noch 1 Gramm Antipyrin reichen soll, falls die Temperatur inzwischen noch nicht zur Norm heruntergegangen war. Die Fiebertemperatur sinke continuirlich und allmälig, die Dauer der antifebrilen Wirkung sei eine sehr bedeutende, mindestens 5—6 Stunden, oft aber 12 bis selbst 18 Stunden; die Temperatur gehe nur allmälig in die Höhe, stets ohne Frost. Gleichzeitig mit dem Sinken der Temperatur erfolge auch ein Sinken der Pulsfrequenz; hie und da wurde Erbrechen beobachtet. Diese ersten Berichte *Filehne*'s und *Guttmann*'s fanden nach zahlreichen und ausgedehnten Versuchen auf den verschiedensten Kliniken ihre vollständige Bestätigung. Gerade auch aus der Zürcher Klinik wurde von *S. Welt* im „deutschen Archiv für klinische Medicin" eine sehr eingehende Arbeit über die antifebrile Wirkung des Antipyrin (und Thallin) publicirt. Herr Professor *Eichhorst* war sehr bald dazu übergegangen, das Mittel wegen des oft beobachteten Erbrechens im Klysma zu reichen und wählte dazu eine einmalige ausreichende Gabe von durchschnittlich 3—4—5 gr.

„Das Pulver, in seiner Höhe meist an den ersten Tagen individuell bestimmt, wurde in 50 gr. lauwarmen Wassers gelöst und mit einer kleinen Spritze in den Mastdarm hineinbefördert."

Man constatirte auf der Klinik, dass die fieberfreie Zeit, speciell bei Typhuskranken, etwa 4—5 Stunden betrage. Unter 1134 Malen trat nur in 70 Malen, also etwa in 6 %, keine entfiebernde Wirkung ein, so dass man doch behaupten darf, das Mittel versage ziemlich selten. Von unangenehmen Erscheinungen wurden neben dem schon erwähnten Erbrechen, das zwar in Klysmadarreichung seltener

wurde, aber nicht völlig verschwand, ziemlich lebhafte Schweisse während der Entfieberung beobachtet und ein Exanthem, dessen Auftreten gerade aus der Zürcher Klinik mit zuerst von *Ernst* beschrieben wurde. Es ist charakterisirt durch roseolöse oder papulöse und erythematöse Efflorescenzen, die oft einem Masernexanthem zum Verwechseln ähnlich sehen. Dieser Ausschlag verschwindet dann wieder nach einer Reihe von Tagen, auch dann, wenn man Antipyrin weiter reicht und entsteht und besteht für den Kranken meist so vollkommen beschwerdelos, dass man ihn eigentlich kaum zu den Unannehmlichkeiten rechnen darf. Dreimal wurde auf der Klinik ein haemorrhagisches Exanthem gesehen. Eigentlicher Frost wurde auf unserer Klinik beim Wiederanstieg der Temperatur nie beobachtet, nur sechsmal leichtes Frösteln. Das Schlussresultat über unsere Erfahrungen über das Antipyrin mit sehr zahlreichen, bis auf den heutigen Tag fortgesetzten Beobachtungen geht dahin, dass wir in diesem Mittel ein Antipyreticum ersten Ranges besitzen, sozusagen ohne Unannehmlichkeiten wirkend, äusserst prompt die Temperatur herabsetzend, mit genügend langer Entfieberung, und, was noch besonders hervorgehoben zu werden verdient, mit einem entschieden guten Einfluss auf das subjective Wohlbefinden der Kranken.

Im selben Jahre wurde nun noch von *Skraup* in Wien eine dritte Chinolinbase dargestellt, das von *Jaksch* auf der *Nothnagel*'schen Klinik erprobte Thallin, und zwar sind es die weinsauren, schwefelsauren und salzsauren Salze, die hier in Betracht kommen. Sie sind in Wasser leicht löslich und schmecken intensiv aromatisch und bitter. *Jaksch* stellte in diesem Thallin ein Antipyreticum fest, welches schon in Gaben von $\frac{1}{2}$—$\frac{3}{4}$ gr. sehr beträchtliche, meist mehrere Grade betragende Temperaturerniedrigung hervorbringe, fast stets unter starker Schweissbildung. Das Temperaturminimum trat gewöhnlich 2—3 Stunden nach dem Einnehmen ein, der Anstieg erfolgte meist im Verlauf von 4—5 Stunden, zuweilen auch rascher und im letztern Fall nicht selten von Schüttelfrost begleitet.

Man kam somit zu dem Resultat, dass die Thallinverbindungen in mancher Hinsicht ähnlich dem Kairin wirken, nur viel prompter und zuverlässiger; Collapserscheinungen insbesondere fehlten. Der Puls sei meist conform mit der Temperatur gesunken.

Wenn ich mit einigen Worten auf die Resultate zu sprechen kommen soll, die mit diesem Mittel auf der *Eichhorst*'schen Klinik gemacht wurden, so halte ich mich hier ausschliesslich an die Angaben aus der Arbeit von *Welt*, da seither das Mittel gar nicht mehr zur Anwendung kam. *Welt* schreibt u. A.: Das allgemeine Bild, unter welchem sich nach Darreichung von Thallin die Temperaturabnahme vollzieht, erinnert lebhaft an jene Erscheinungen, wie wir sie für Antipyrin geschildert haben. Daneben aber häufiges Auftreten von Frösten, deren Intensität schwankt; wir fanden in 12% aller Fälle Frost. Diese Fröste machten aber nicht einen so beängstigenden Eindruck wie die des Kairin; die Kranken fühlten sich noch leidlich dabei. Bei Typhuspatienten wurde hie und da Eintreten von Durchfall in Folge von Thallingaben gesehen.[1])

---

[1]) Cfr. Dr. *L. Rütimeyer:* Ueber continuirliche Thallinisation bei Typhus abdominalis. „Corr.-Blatt" 1887, pag. 257. Anm. der Redaction.



Im Sommer des Jahres 1886 machten *Cahn* und *Hepp* aus der *Kussmaul*'schen Klinik Mittheilung über ein neues Fiebermittel, das ihnen der Zufall in die Hände gespielt hatte und das sie Antifebrin nannten. Es hat zum vorneherein die Eigenthümlichkeit, dass es weder zu den Phenolen noch zur Chinolinreihe gehört, sondern ein Anilid, und zwar das Acetanilid darstellt. In ihrer Empfehlung machten die Herren darauf aufmerksam, dass bei der prompt entfiebernden Wirkung des Mittels bis jetzt keine Schüttelfröste, weder Erbrechen noch Brechreiz noch Durchfall gesehen worden seien. Die Einzeldosen, in denen das Antifebrin anfänglich gegeben wurde, schwankten zwischen 0,25—1 gr. 0,25 gr. Antifebrin entsprechen 1 gr. Antipyrin in der Wirkung. Die Temperatur herabsetzende Wirkung sei je nach der Dosis in 3 bis 10 Stunden vorüber. In der Regel betrage diese Zeit 6 bis 8 Stunden.

Wir machten auf der Klinik des Herrn Prof. *Eichhorst* sehr bald mit Antifebrin Versuche, deren Resultate insofern von denjenigen der Originalmittheilung von *Cahn* und *Hepp* differiren, als wir durchaus nicht immer einen frostfreien Temperaturanstieg nach Aufhören der Wirkung des Fiebermittels constatirten. Etwa in $^1/_5$ aller Fälle fanden wir leichteren oder stärkeren Frost, selbst Schüttelfrost, den wir aber durch Bestimmung einer individuellen Dose später meist zu umgehen lernten. Das Mittel wirkt sehr prompt; die Phthisiker machten wir mit 0,5 gr. meist ganz fieberfrei für den ganzen Tag. Für Typhuskranke bestimmten wir einen fieberfreien Intervall von 4—5 Stunden nach 0,5 gr., von 6—7 Stunden nach 1,0. Das Auftreten von Frösten wurde in spätern Mittheilungen auch von andern Beobachtern bestätigt, wenn sie auch nicht so auffällig oft gesehen wurden, wie bei uns. Als Vortheil gegenüber dem Antipyrin muss hervorgehoben werden das Fehlen von Erbrechen, die geringere Dose, die zur Entfieberung nöthig ist, und drittens endlich der äusserst billige Preis des Mittels.

Das neueste Antipyreticum endlich ist das Phenacetin oder chemisch gesprochen das Acetphenetidin, ein Acetylderivat vom Amidophenol. *Hinsberg* und *Kast* in Freiburg empfahlen dasselbe im Frühjahr 1887 und es ist bezeichnend, wie wenig Bedürfniss man eigentlich mehr nach den Errungenschaften der letzten Jahre nach neuen Fiebermitteln hat, dass es länger als ein Jahr dauerte, bis das Phenacetin einigermaassen in Gebrauch kam und bekannt wurde. Als vorläufiges Ergebniss theilte *Kast* bei der Empfehlung des Mittels Folgendes mit: Das Phenacetin ist ein wirksames Antipyreticum, welches bei Phthisikern in Gaben von 0,2—0,5 die Temperatur um ca. 2° herabsetzt. Der Abfall der Temperatur geschieht allmälig und lässt in durchnittlich 4 Stunden das Maximum der Wirkung erkennen. Geringer Schweiss. In keiner unserer Beobachtungen zeigte sich Collapserscheinung oder andere üblen Symptome. Der Puls wurde gespannter, die Frequenz nicht wesentlich beeinflusst. Nach 3—4 Stunden, also im Ganzen nicht sehr lange anhaltend, erfolgte langsam, meist über mehrere Stunden sich ausdehnend, der Wiederanstieg. Fröste wurden nicht beobachtet. Keine Uebelkeit, kein Erbrechen.

Diese Angaben fanden nach Versuchen mit dem Mittel auf der *Bamberger*'schen Klinik, von *Rumpf* in Bonn und einigen Andern ihre Bestätigung, nur *Jacksch* ist mit dem Phenacetin nicht zufrieden. Er beobachtete Schweisse, Fröste, Erbrechen

und Cyanose, so dass er zu der Anschauung kommt, dieses Mittel hätte die unangenehmen Eigenschaften des Antifebrin in noch verstärktem Grade.

Wir haben auf unserer Klinik mit dem Phenacetin sehr gute Erfahrungen gemacht. Es wird, da es geruch- und geschmacklos und in den meisten Lösungsmitteln unlöslich ist, in etwas Wasser oder Wein aufgerührt. Das Mittel wurde in weitaus der grössten Zahl der Fälle zu 1,0 und nur einmal des Tages verabreicht. Die Entfieberung beginnt schon in der ersten Stunde unter ziemlich lebhafter Schweissbildung. Die fieberfreie Zeit beträgt, wenn das Mittel, wie fast durchwegs, in den späteren Vormittagsstunden in der angegebenen Höhe gereicht wurde, 5, 6, 7 Stunden und darüber. Die Phthisiker bleiben ausnahmslos den ganzen Tag fieberfrei. Der Anstieg der Temperatur geht in der Regel langsam vor sich, aber einige Male zeigte sich doch auch das Auftreten von Frost, wobei die Temperatur innert 1—2 Stunden von der Norm bis gegen 40° gestiegen war. In einem ganz vereinzelten Falle vermochte 1 gr. Phenacetin die Fiebertemperatur um knapp 1° herunterzudrücken. Die Pulsfrequenz geht auffällig oft, wie dies *Kast* selbst schon hervorhob, nicht mit der Körpertemperatur conform herunter, sondern bleibt in der Höhe, dabei nimmt aber, wie wir uns auch selbst davon überzeugten, die Gefässwandspannung deutlich zu. Collaps wurde auch von uns nie beobachtet. Die Kranken fühlen keine Unannehmlichkeiten von der Wirkung des Mittels. Niemals erfolgte Erbrechen. In nicht zu spärlichen Fällen konnten wir uns geradezu von einem sichtlichen Heben des subjectiven Wohlbefindens überzeugen. Ganz besonders hervorheben müssen wir noch, dass das Phenacetin in allen fieberhaften Krankheiten, in denen es auf unserer Klinik zur Verwendung kam, antifebril gewirkt hat: Bei Tuberculose, Typhus abdominalis, Polyarthritis, Peritonitis, Endocarditis ulcerosa und fibrinöser Pneumonie. Bei einem 17jährigen Mädchen mit einer Oberlappenpneumonie im Stadium der Hepatisation wurde die Temperatur von 39,2 mit 1,0 Phenacetin auf die Norm heruntergebracht. Wir wissen aus der Erfahrung, wie sehr sonst gerade die Fiebertemperatur der Pneumonie den Antipyreticis widersteht. Eine bemerkenswerthe Beobachtung haben wir bei einem 18jährigen Mädchen mit acuter Polyarthritis gemacht. Es wurde erst zwei Tage lang mit Antipyrin (4,0, in Clysma, pro die) behandelt, die Temperatur ging am ersten Tage um 1 Grad, von 39,5 auf 38,5 herunter, am zweiten betrug sie vor der Medication 39,5, nachher 39,2 und bald wieder 39,5. Das alsdann gegebene Phenacetin machte, zu 1 gr. gereicht, die Patientin am ersten Tag für 4 Stunden fieberfrei. Am dritten Tage, als sie zwei Dosen davon von je 1 gr. in einstündigem Intervall bekam, war sie den ganzen Tag vollkommen fieberlos.

Wenn wir nach diesen Auseinandersetzungen uns ein Urtheil über den Werth dieser Mittel bilden sollen, so muss man sagen, dass wir in dem Antipyrin, Antifebrin und Phenacetin vorzügliche Repräsentanten von Temperatur herabsetzenden Mitteln besitzen und wir ganz besonders in dem modernsten Phenacetin einen ernsten Concurrenten für das früher von uns bevorzugte Antipyrin zu erkennen glauben, der dasselbe unter Umständen aus dem Felde schlagen dürfte. Die Gründe, weshalb wir das Antifebrin nicht ganz gleichwerthig den beiden andern Mitteln stellen, sind ja aus den geschilderten Nachtheilen leicht er-

sichtlich, die noch viel grössern des Thallin haben dasselbe beinahe schon vollkommen als Antipyreticum aus der Praxis verdrängt.[1])

Diesen medicamentösen Mitteln reihen sich nun noch als mächtige Antipyretica die Bäder an. Es fehlt mir die Gelegenheit, mich in die detaillirte Installation des Wasserbades in seinen mannigfachsten Modificationen vom kühlen Bade von kurzer Dauer bis zum lauwarmen permanenten Bade einzulassen. Wir stehen keinen Moment an, die grosse Bedeutung der Antipyrese in Form des Bades in vollstem Maasse anzuerkennen, wenn ja auch bekannt ist, dass die Temperatur herabsetzende Kraft selbst des kühlen Bades sich in keiner Weise mit derjenigen unserer bewährten innern Antipyretica messen kann. Aber im Bade sehen wir eben jene Reihe von Factoren wirksam, welche man bei den innern Mitteln fast oder vollkommen vermisst, nämlich jene mächtige Reizwirkung auf das Central-Nervensystem, von der aus die Circulation, die Respiration und der ganze Stoffwechsel auf's Günstigste beeinflusst werden. Wir sehen demnach, dass sich die Wirkung des Bades und die der innern Antifebrilien ergänzen, aber nicht nur in dem schon erörterten Sinne, sondern auch noch deshalb, weil in vielen Fällen die Application des Bades geradezu contraindicirt ist; ich erinnere an Kranke mit Peritonitis, an Typhuspatienten mit Darmblutung oder Perforation, an heruntergekommene Tuberculöse, und es darf auch noch hervorgehoben werden, dass die Bäderbehandlung bei croupöser Pneumonie durchaus keine verlockenden Statistiken geliefert hat. Abgesehen von diesen Fällen begegnet man ja häufig genug Inconvenienzen bei der Anordnung von Bädern in der Privatpraxis, ganz besonders aber in der poliklinischen Armenpraxis.

Unser Ruf ist also nicht: hie innere Fiebermittel! hie Hydrotherapie! Beides, wenn mit richtiger Auswahl und Indication angewandt, wirkt segenbringend, sowohl für sich, als ganz besonders in ihrer Combination.

Wenden wir uns noch für einen kurzen Augenblick jener interessanten Frage zu: wie wirken unsere innern Antipyretica? einer Frage, die ihre endgültige Lösung noch nicht gefunden hat und auch noch nicht finden kann, weil man gerade in der letzten Zeit an der plausibelsten Fiebertheorie *Liebermeister*'s wieder herumzurütteln begonnen hat, so dass dadurch genial ausgedachte Hypothesen wieder unwahrscheinlicher werden.

Es ist ja bekannt, wie *Liebermeister* ein Centrum für die Regulation der Wärme resp. der Wärmeproduction und des Wärmeverlustes postulirt, das im gesunden Zustande die Wärmeproduction und die Wärmeabgabe der Art regulirt, dass als Resultat die normale Körpertemperatur erscheint.

Im Fieber ist diese Wärmeregulation durchaus nicht gestört, wenn auch etwas weniger beständig als im normalen Zustande; das Centrum regulirt jetzt nur so, dass der Quotient aus Wärmeproduction und Wärmeverlust eine höhere Temperatur ergibt, dass mit andern Worten die Wärmeregulation „auf einen höhern Temperaturgrad eingestellt ist“.

[1]) Die Durchschnittspreise für die 3 Mittel betragen zur Zeit etwa: 1 Kilogr. Antipyrin Fr. 130. —, 1 Kilogr. Antifebrin Fr. 12. —, 1 Kilogr. Phenacetin Fr. 110. — und es entsprechen 1 gr. Antifebrin oder Phenacetin in ihrer Wirkung etwa 4 gr. Antipyrin.



Filehne hält ein eigentliches Regulationscentrum für unwahrscheinlich; er will das Stattfinden der Regulation nicht an einen bestimmten Punkt localisiren, sondern er und Andere sind geneigt, das ganze Centralnervensystem in seiner Totalität als das Organ der Regulirung zu nehmen, indem der Grund der Regulirung in der Verknüpfung der verschiedenen Gangliensysteme zu suchen sei. Der genannte Autor glaubt, dass die Chinolinderivate, im Speciellen das Kairin, mit dem er exemplificirt, dadurch Antipyretica sind, dass sie die Regulation beeinflussen. „Bei einem 40° heissen Menschen wird die Regulation plötzlich durch Kairin auf nur 37° eingestellt," hypothesirt *Filehne*, „er ist sich also zu heiss und öffnet alle Schleussen der Wärmeabgabe: Hitzegefühl, rothe Haut, Schweiss. Auf 37° angelangt, hat er keine Veranlassung mehr zu stärkerer Wärmeabgabe, daher sichtlich normales Verhalten. Plötzlich hört die Wirkung des Kairin auf: Die Regulationseinstellung des auf 37° Abgekühlten schnellt auf 40°. Er ist sich also zu kalt, friert, spart und producirt Wärme: Schüttelfrost."

Andere Autoren nehmen hinwieder an, dass gewisse Antipyretica durch Verminderung der Wärmebildung, indem sie die Oxydationsprocesse in allen Zellen des Körpers herabsetzen, antipyretisch wirksam sind. Aber es wird, und wohl mit Recht, entgegengehalten, warum denn der abgekühlte Organismus nicht friere, wenn er wirklich nicht umgestellt sei in der Regulation, und warum er, speciell bei den Mitteln, bei welchen beim Wiederanstieg der Temperatur Schüttelfrost eintritt, möglichst schnell seine 40° wieder zu erreichen suche, da er doch so wie so bei Aufhören der Wirkung des Medicamentes sich erwärme.

Wieder Andere glauben in Vermehrung der Wärmeabgabe die Wirkung der Fiebermittel zu finden. Dafür spricht das mehr „selbst vielfach auf calorimetrischem Wege ausgeführte Experiment," dass unter der Einwirkung von Antipyrin und Antifebrin z. B. die Wärmeabgabe des Kranken und zwar fast von Anfang an ganz bedeutend gesteigert ist. So befreien nach Ansicht der Vertreter dieser Wirkungstheorie die Fiebermittel den Körper gleichsam von der Last der in sich zurückgehaltenen Wärme.

Rosenthal, indem er damit wieder auf *Traube*'s Theorie zurückgreift, erklärte in neuester Zeit das Fieber als Folge einer specifischen Einwirkung noch unbekannter Agentien auf die vasomotorischen Centra und zwar in zweierlei Weise: entweder durch directe Erregung der Vasoconstrictoren, oder Unempfindlichmachen der Vasodilatatoren, wodurch dann auf indirectem Wege der gleiche Erfolg, nämlich eine bedeutende Verringerung der Wärmeabgabe nach aussen erzielt wird. Eine Steigerung der Wärmeproduction im Innern des Körpers anzunehmen, ist nach *Rosenthal* durchaus unnöthig. Er glaubt, dass die Vermehrung des Stoffumsatzes, die nach der Ansicht anderer Autoren die Ursache für die im Fieber gesteigerte Wärmeproduction sein soll, erst eine Folge des Fiebers, speciell der erhöhten Bluttemperatur sei, da ein sehr promptes Fiebermittel, das Antifebrin, den Stoffumsatz lebhaft steigere im Gegensatz zu andern Antipyreticis. *Rosenthal* nimmt an, dass die Wirkung der Antipyretica darin beruhe, dass sie die Reizbarkeit der Vasoconstrictoren abschwäche oder diejenige der Dilatatoren steigere. Der Effect sei in beiden Fällen derselbe: mehr oder weniger bedeutende Erweiterung aller

Gefässe. Die Wirkung trete gewöhnlich sehr bald nach der Einverleibung des Mittels ein.

Gegen die von *Binz* weiterhin ausgesprochene Ansicht, dass durch die Fiebermittel die Fieberfermente paralysirt werden, hat man mit Recht entgegengehalten, dass z. B. durch Kairin bei febr. recurrens die hohe Temperatur sehr prompt heruntergesetzt werden könne, trotzdem die Spirillen sich nachher so lebhaft im Blute bewegen wie vorher.

Die antiparasitäre Wirkungsweise der Antipyretica ist oft urgirt worden, aber den Beweis sind die Autoren dieser Behauptung, soweit es sich nicht um Specifica handelt, jedesmal schuldig geblieben. Es widerstrebt ja in der That, von antiparasitärer Wirkung zu sprechen, wenn wir doch nicht im Stande sind, durch consequente Reichung des Mittels einen Krankheitsverlauf wirklich abzukürzen.

Dass die Art und der Grad der Infection beinahe dafür entscheidend ist, ob und wie leicht wir durch die Antipyretica eine Temperaturherabsetzung erzielen, das bleibt Wahrheit, welcher der Fieberwirkungstheorien wir uns auch anschliessen wollen. In einem Falle wird der Kranke schwerer oder leichter in seiner Regulirung modificirt, herabgesetzt, im andern ist die Erregbarkeit des vasomotorischen Systems eine höhere oder geringere. Wir können genugsam beobachten, wie die Fieber dieser oder jener Infectionskrankheit für das oder jenes Mittel sehr schwer angreifbar sind, wie leicht dagegen und zwar durch alle modernen Antipyretica z. B. die Tuberculösen entfiebert werden können. Die Wärmeregulation des Tuberculösen ist offenbar äusserst leicht umzustellen, oder aber, wie sich der Andere ausdrücken würde, seine Vasomotoren sind ausserordentlich leicht beeinflussbar.

Wie schon erwähnt, haben wir eine endgültig festgestellte Erklärung der Wirkungsweise aller Antipyretica jedenfalls noch nicht, und es wird sogar von Manchen angenommen, dass diese Frage nicht für alle Fiebermittel von demselben Gesichtspunkte aus beantwortet, nicht nach ein und derselben Theorie erklärt werden könne.

Laryngitis hypoglottica acuta (Chorditis vocalis inferior Burow).

Von Dr. **Suchannek**, Docent in Zürich.

Unter Chorditis vocalis inferior (*Burow*, Laryng. Atlas, Stuttgart 1877) verstehen wir eine mit Schwellung verbundene Entzündung der unterhalb der wahren Stimmbänder gelegenen Larynxschleimhaut; es ist daher wohl die von *Ziemssen* (Handb. der spec. Pathologie und Therapie, Bd. IV. p. 209 ff.) vorgeschlagene Bezeichnung des Leidens als Laryngitis hypoglottica acuta eine zutreffendere, denn es ist eben nicht allein die untere Fläche der Stimmbänder geschwollen, sondern die Intumescenz lässt sich noch weiter in den untern Theil des Larynx hinab verfolgen.

Das Leiden, dem der unter dem Namen des Oedème sousglottique von *Sestier* und *Cruveilhier* beschriebene Symptomencomplex offenbar identisch ist, kann acut und chronisch auftreten.

Die chronischen Fälle schliessen sich wohl meist an ein schon bestehendes chronisches Leiden, chronischen Catarrh, Tuberculose oder Lues des Kehlkopfes an und entwickeln sich seltener aus einem vernachlässigten acuten Catarrh. — Diese Formen werden dem practischen Arzt wohl kaum Gelegenheit zu localen Eingriffen geben und kommen meist nur in die Behandlung des Chirurgen und Laryngologen; meine Absicht war es nur, die Aufmerksamkeit der Collegen der acuten Form der Laryngitis hypoglottica zuzuwenden.

In den letzten Jahren hat man sich auf die Beobachtungen von *Rauchfuss* (Die Krankheiten des Kehlkopfs im Kindesalter, *Gerhardt*'s Handbuch der Kinderkrankheiten, Bd. III. 1878), *Dehio* und *Moldenhauer* hin vielfach in ärztlichen Kreisen daran gewöhnt, das Symptomenbild des Pseudocroup und das der Laryngitis catarrhalis acuta mit besonderer Localisation in der subchordalen Gegend zu identificiren. Die genannten Forscher betonen jedenfalls die Intumescenz der subchordalen Schleimhaut; während aber *Rauchfuss* sich nur laryngoscopisch von einem raschen Wechsel der Schwellung und Infiltration der Schleimhaut überzeugt haben wollte und zum Zustandekommen der Stenose einen Verschluss durch ausgeschiedenes, obstruirendes Secret für wesentlich hielt, will *Dehio* es in den von ihm beobachteten 10 Fällen von Pseudocroup mit einer reinen Chorditis vocalis infer. zu thun gehabt haben. Für letztere gibt allein die Localisation der Entzündung einen genügenden Grund ab zur Erklärung sowohl der stenotischen Erscheinungen als auch des charakteristisch bellenden Charakters, den der Husten zeigt.

Gottstein, der freilich pseudocroupkranke Kinder nur am Tage untersuchte, fand die Schleimhaut nie derart geschwellt, jedenfalls nicht so, dass er von einer entzündlichen Stenose zu sprechen sich berechtigt geglaubt hätte; niemals sah er aber dabei Chorditis vocalis inferior.

Gleichwohl zweifelt er keineswegs an der Richtigkeit der Beobachtungen der oben erwähnten Autoren und hebt es nur als wichtig hervor, dass allerdings subchordale Intumescenzen einerseits und Dyspnoe sowie bellender Husten andrerseits coincidiren könnten. Dahingegen macht er auch darauf aufmerksam, dass bei mit subchordalen Schwellungen behafteten erwachsenen Kindern der bellende Klangcharakter des Hustens gewöhnlich vermisst wird. — Man muss das zur Kritik der *Dehio*'schen Fälle wissen, denn *D.* untersuchte 9 bereits im Alter von 7—14 Jahren stehende Kinder, während doch der richtige Pseudocroup eine Krankheit des ersten Quinquienniums zu sein pflegt.

Uebrigens ist, wie *Gottstein* ganz richtig hervorhebt, der Crouphusten allein keineswegs für den Pseudocroup pathognomonisch; er kommt auch bei hysterischen Stimmbandlähmungen und gewissen Laryngitisformen (Laryngitis sicca), wo doch von subchordalen Schwellungen keine Rede ist, vor. — Somit ist die subchordale Schwellung nicht die einzige, wenn überhaupt die Ursache des bellenden Hustenklanges. — *Gottstein* hält zum Eintreten des letztern einen reflectorischen krampfhaften Schluss der Glottis mit nachträglicher plötzlicher Sprengung dieses Verschlusses durch einen kurzen aber intensiven Hustenstoss für wesentlich.

Von andern Forschern haben nur noch *Fischer* („Berl. klin. W.“ XXI, 50, 1884) und *Näther* die Laryngitis hypoglottica zum Gegenstand ihrer Untersuchungen

gemacht. Sie kamen im Wesentlichen zu denselben Ergebnissen wie *Dehio* und *Moldenhauer*. *Näther* unterscheidet noch zwischen leichtern und schwerern Fällen, hält die Prognose bei Erwachsenen für ziemlich schwer und macht darauf aufmerksam, dass man sich in jedem Falle zur Tracheotomie bereit zu halten habe.

Diese mir zugängliche, im Ganzen nicht gerade sehr reichhaltige Literatur lässt vielleicht die Anreihung eines einschlägigen, genau beobachteten und gut charakterisirten Falles als gerechtfertigt erscheinen.

Der 11jährige Knabe D. hatte am 2. August, Nachmittags $3^1/_2$ Uhr einen Knochen ausgesogen und spürte schon $^1/_4$ Stunde später ein Gefühl der Beklemmung im Halse, zu dem sich bald heisere Sprache, erschwertes Athmen und Erstickungserscheinungen gesellten. Die rapide Zunahme der Erscheinungen veranlasste die Eltern, die die Anwesenheit eines Fremdkörpers im Kehlkopf ihres Sohnes für wahrscheinlich hielten, Herrn Docent Dr. *Kaufmann* zu consultiren. Letzterer konnte aber, nach vorgängiger Sondirung des Oesophagus und Inspection des Kehlkopfs nur jede Abwesenheit eines Corp. alien. constatiren, fand indessen eine Schwellung der subchordalen Gegend und sendete mir gütigst den Patienten zur weitern Behandlung zu. Ich sah den Knaben um ca. 5 Uhr Nachmittags; derselbe hatte beträchtliche Athemnoth, respirirte 16 Mal in der Minute (bei tiefem Einsinken des Epigastriums und Inanspruchnahme der auxiliären Inspirationsmuskeln, sowie der Bauchmuskeln bei der Exspiration) und es waren sowohl In- als Exspiration von einem deutlichen Stridor begleitet. — Puls 85, Temperatur 37,6.

Im Rachenraum einige flache, adenoide Vegetationen, Hypertrophie der Gaumentonsillen, die die Untersuchung etwas erschwerten.

Oberer und mittlerer Kehlkopfsraum völlig intact, wahre Stimmbänder sehnig weiss ohne Auflagerungen; unterhalb derselben, in das Innere des Larynx vorspringend zwei hellrothe symmetrische Wülste, die sowohl bei Inspiration als Exspiration immobil bleiben und das Lumen des untern Kehlkopfraums beträchtlich einschränken. — Adduction der Stimmbänder ist möglich, Abduction erschwert, die Stimmbänder können bei tiefster Inspiration nicht über die Mittelstellung (Cadaverstellung) hinaus von einander entfernt werden.

Da der Patient eine Cocainbepinselung nicht dulden will, wird der Dampfstrahl eines *Tröltsch*'schen Spray (Cocain. muriatic., Menthol aa 0,5, Ol. oliv. 15,0, Gummi arabic. 7,5, M. f. c. Aq destill. 150,0 emulsio) mit rechtwinklig nach unten abgebogenem Ende unter Leitung des Spiegels direct auf die subchordalen Wülste des tief inspirirenden Patienten gerichtet. — Unmittelbar darnach geringere Dyspnoe. — Nach $^1/_4$ Stunde abermalige Application des Spray mit noch besserem Erfolg. Laryogoscopischer Befund: Wülste noch vorhanden, aber blässer und etwas weniger in den Larynx prominirend. — Patient wird mit der Weisung entlassen, zu Hause eine Eisblase auf die Larynxgegend zu legen und alle zwei Stunden den Spray laut Vorschrift anzuwenden.

Abends 10 Uhr: Die Wülste sind in ihrem Umfange reducirt, aber noch deutlich wahrnehmbar, Stimme noch heiser, Dyspnoe erheblich geringer, Puls 80, kein Fieber. — Am nächsten Tage schwollen die Wülste zusehends ab und am dritten Tage war von ihnen nichts mehr nachzuweisen. — Jedesmal nach Application des Sprays fühlte der Patient eine erhebliche Erleichterung.

Ueber die Aetiologie dieses Falles von reiner Laryngitis hypoglottica acuta, der ohne Anwendung des Laryngoscops kaum hätte erkannt werden können, liesse sich manches vermuthen, bestimmt aber kaum etwas sagen. — Es ist ja immerhin möglich, dass ein microscopisch kleines Fragment beim Ansaugen des Knochens in den Larynx des Patienten gelangte und dort reflectorisch die Schwellung veranlasste, ebenso wäre die Annahme, ein scharfes Knochenstückchen habe den Oesophagus passirt und die vordere Oesophagealwand inclusive der hintern knorpelfreien Trachealwand an ihrem Beginne unmittelbar unterhalb der Ringknorpelplatte geritzt oder durchstochen und dadurch collaterales Oedem des untern Larynxab-

schnittes hervorgerufen (Dr. *Kaufmann*) vielleicht nicht ganz von der Hand zu weisen. — In letzterm Falle wäre allerdings die relativ grosse Ausbreitung des Oedems vom eigentlichen Ort der Verletzung ab gerechnet nach oben zu immerhin auffallend, denn dass der Fremdkörper dicht unterhalb der Stimmbänder in die Larynxwand gefahren und dieselbe im Bereiche des M. cricoarytänoideus p. und der Ringknorpelplatte gespiesst habe, wird man kaum recht glauben wollen. — Leider war ich nicht in der Lage, mir über diese Eventualitäten mit Hülfe des Oesophagoscops Klarheit zu verschaffen.

Schliesslich ist auch mit der Möglichkeit, es habe sich im vorliegenden Falle um gar keinen Fremdkörper als Entzündung veranlassendes Agens gehandelt und das Zusammentreffen der Umstände wäre ein rein zufälliges, zu rechten, um so mehr, als ähnliche Fälle bereits beschrieben sind.

Die Möglichkeit der Infection durch einen Microorganismus erwähne ich nur der Vollständigkeit halber.

Für beachtenswerth halte ich das Fehlen des bellenden Hustens in unserm Falle und die prompte Wirkung der Menthol-Cocainapplication. — Selbstredend hätte man durch den Cocainspray allein wahrscheinlich auch dasselbe Resultat erhalten; ich glaubte indess durch eine Combination mit dem nahezu ähnlich wirkenden Menthol (*Rosenthal*, „Berl. klin. W." XXII, 28. 1885) einer immerhin nicht ganz leicht abzuwendenden Intoxication, wie sie bei längerm Gebrauch einer stärkern Cocainlösung nicht ganz ausserhalb des Bereichs jeder Möglichkeit lag, um so sicherer vorzubeugen.

Ob man den Spray oder den Pinsel anwendet, ist natürlich irrelevant, jedenfalls ist der Spray aber für den Patienten erheblich angenehmer.

Ohne auf die Verwendung des Cocain-Menthols bei Chorditis vocalis inf. zu hohen Werth zu legen — ich bin überzeugt, dass man mit andern Mitteln, Blutentziehungen, Eis äusserlich, Inhalationen von Natr. bicarbon. und Carbollösungen, Anwendung von Emeticis, Schmiercur etc. etc. ebenso gut sein Ziel erreicht — es führen ja viele Wege nach Rom — möchte ich doch den Collegen diese einfache Medication als sichtlich und augenblicklich wirkende angelegentlichst zur Prüfung empfehlen. — Dr. *Kollmann* in Badenweiler, dem ich eine persönliche Mittheilung über diesen Punkt verdanke, verordnet diese Sprayapplication mit Menthol-Cocain mit Vorliebe und sehr gutem Erfolg bei Croup und Pseudocroup. Ich kann mich seiner Empfehlung nur anschliessen. Freilich heilt ja eine Reihe der Pseudocroupfälle von selbst, andere unter der Darreichung von heissen Getränken, eine dritte Categorie aber recidivirt gerne und hält längere Zeit an, als man es für gewöhnlich erlebt. Gerade für diese Fälle erscheint mir der Spray mit Menthol-Cocain geeignet. (Uebrigens ist die Lösung auf Wochen hin haltbar.)

Endlich möchte ich noch puncto Pseudocroup für *Gottstein* eine Lanze brechen. Ich bin nämlich auch entgegen *Dehio*'s Beobachtungen bisher nicht in der Lage gewesen, den Pseudocroup und die Chorditis vocal. inf. identificiren zu können. — Freilich sind es nicht viele laryngoscopisch controlirte Fälle, etwa 7, darunter meine Kinder, ein 3½jähriges Mädchen und ein 4½jähriger Knabe, indessen sind sämmtliche Kinder Abends oder zur Nachtzeit speculirt und doch habe ich nur

eine mit ziemlich geringer Schwellung verbundene intensive Röthung des Vestibulum laryngis und der pars interarytaenoidea, aber nebenbei verhältnissmässig viel Secretauflagerung constatiren können. — Von einer Laryngitis hypoglottica acuta bei Pseudocroup der Kinder im ersten Quinquiennium kann ich nichts berichten.

Vereinsberichte.

Gesellschaft der Aerzte des Cantons Zürich.

Ordentliche Frühjahrssitzung den 8. Mai 1888 im Casino Winterthur.[1])

Präsident: Prof. Dr. *Goll.* — Actuar: Dr. *Lüning.*

Anwesend ca. 40 Theilnehmer.

Der Präsident eröffnet um 11 Uhr die Verhandlungen mit einem Rückblicke auf die Reihe der früher schon ausserhalb Zürich abgehaltenen Sitzungen der cantonalen Aerztegesellschaft. Speciell in Winterthur tagt die Gesellschaft schon zum 5. Male seit ihrer Gründung (1856, 1863, 1873, 1880 und 1888), andere Sitzungen fanden statt in Uster, Meilen, Rüti, Bülach, Horgen, Wädensweil, Andelfingen, Küsnacht (zweimal). Die frühern Sitzungen in Winterthur wurden präsidirt von *Locher-Balber, Meyer-Hofmeister, Horner* und *O. Wyss.* Eine Reihe wichtiger und interessanter Tractanden füllte diese Sitzungen aus, denen die Anwesenheit unserer Koryphäen *Rindfleisch, Billroth, Griesinger, Horner, Biermer* einen besondern Glanz verlieh.

Die vielen seit jener Zeit Verstorbenen erinnern uns an schmerzliche eigene Verluste: Dr. *Weissflog* in Altstetten, der früher der Gesellschaft angehörte, starb den 3. Januar. Dr. *Rudolf Brunner* in Küsnacht starb beinahe 85 Jahre alt den 30. Januar, eine gern gesehene Persönlichkeit von echtem Schrot und Korn, der in unserer Gesellschaft öfter Mittheilungen machte und sich bei vielen Discussionen würdig betheiligt hat. Sein Sohn wird für die nächste Sitzung einen Nekrolog vorlegen.

Ausserordentlich erschütternd wirkte auf uns Alle die Kunde von dem jähen Hinschiede des in der ganzen Schweiz so hochgeschätzten Collegen Dr. *A. Baader,* dessen Verdienste um das „Corr.-Blatt für Schweizer-Aerzte“ und die Hülfskasse unvergesslich bleiben. Der Vorsitzende weist auf das ehrende biographische Denkmal hin, das dem Verstorbenen in Wort und Bild in unserm „Corr.-Blatte“ gesetzt wurde und bittet die Versammlung das Andenken des Todten durch Erheben von den Sitzen zu ehren. Hiemit ist die Reihe der Tractanden eröffnet.

Als neue Mitglieder haben sich angemeldet Prof. Dr. *Wyder* in Zürich und Dr. *Suchannek* in Fluntern.

1. Dr. *Rahn-Meyer* hat in verdankenswerthester Weise die Aufgabe übernommen, über die von Dr. *Hegner* in Winterthur in der letzten Herbstsitzung angeregte Frage der **Vorbildung der Medicinstudirenden** (vide dessen Votum im „Corr.-Blatt“ vom 1. März 1888) ein Referat zu bringen, welches in folgenden gedruckten Thesen über die Hauptpunkte sich ausspricht:

„Thesen über die Vorbildung der Medicinstudirenden.

Vorbemerkung. Die geistigen Anlagen des Mediciners sollen mindestens mittlere, Fleiss und Gewissenhaftigkeit vorzüglich sein.

Die Vorbildung soll keine Fachbildung sein. Sie zerfällt in allgemeine Bildung und formale Vorbildung.

Die allgemeine Bildung begreift:

a. Obligatorisch: Körperliche Uebung und Ausbildung, mindestens täglich eine Stunde.

---

[1]) Eingegangen den 12. August 1888. Red.



Deutsch: Grammatik, richtiger, gewandter Sprachgebrauch, mündlich und schriftlich, Literatur in eingehender Kenntniss und Lectüre.

Lateinisch und Französisch zu gewandtem Uebersetzen in's Deutsche und aus dem Deutschen, Literargeschichte und Lectüre. Fertiges Sprechen des Französischen.

Geographie und Geschichte (allgemeine und vaterländische in übersichtlicher Vollständigkeit).

. Die Naturwissenschaften sind als Bestandtheile der allgemeinen Bildung übersichtlich zu behandeln. — Die nicht erwähnten Fächer (Religion, Gesang u. s. f.) bieten zu keinen besondern Bemerkungen Anlass.

b. Nach Auswahl: Griechische, englische oder italienische Sprache, zur Lectüre und gewandtem Uebersetzen nicht zu schwerer Schriftsteller in's Deutsche; die lebenden Sprachen zum schriftlichen Uebersetzen aus dem Deutschen und zu richtigem und fliessendem Sprechen.

Die formale Vorbildung begreift:

Mathematik in gründlichem, die eigene Thätigkeit des Schülers weckendem und förderndem Unterricht, soweit es die Zeit und die Fassungskraft der Schüler gestattet.

Das Zeichnen: Ueben des Auges und der Hand, Nachbildung von Vorlagen, Skizziren und Zeichnen von Naturkörpern nach der Natur, auch Skizziren derselben aus dem Gedächtniss.

Dies mein Vorschlag, immerhin in der Meinung, dass das Studium der Medicin, zunächst der propädeutischen Fächer, jedem zu gestatten sei, der, bei guter Begabung und geistiger Reife, neben einer ordentlichen allgemeinen Bildung die nöthigen Kenntnisse im Lateinischen und tüchtige mathematische Schulung aufzuweisen hat. Dr. *Rahn.*"

Dazu gibt der Referent folgende Erläuterungen: „In Folge der bedauerlichen Erkrankung unseres Collegen *R. Hegner* zum ersten Referenten bestellt, suchte ich mir klar zu machen, was zur Vorbildung des Mediciners nöthig und wünschenswerth sei. Grundlage waren mir dabei die Axiome, dass die Mittelschule keine Fachschule sein, sondern für eine solche im Rahmen der allgemeinen Bildung und durch formale Geistesbildung vorbereiten solle, und dass dieselbe nicht für Eine Facultät, sondern für Hochschulbildung überhaupt Vorstufe sein solle. Maassgebend ist natürlich auch die Verordnung für die eidgenössischen Medicinalprüfungen vom 19. März dieses Jahres. Eine Einschränkung des an sich Wünschenswerthen ergibt die Rücksicht auf die Kräfte und Leistungsfähigkeit des jugendlichen Alters. So entstanden die Ihnen vorliegenden Thesen. — Im Anschluss an dieselben bemerke ich folgendes. — Für die Leibesübungen wünsche ich statt der bisherigen zwei wöchentlichen Stunden deren mindestens sechs, wobei auf Vielseitigkeit derselben, Turnspiele, Fechten, Laufen, Schwimmen etc. Gewicht zu legen ist. Es ist dies für alle Mittelschulen durch alle Classen nöthig, um der Gesundheit und Kräftigung des Körpers gegenüber den geistigen Anstrengungen zu ihrem Rechte zu verhelfen. Der künftige Arzt erwirbt sich dabei durch eigene Erfahrung gründliche Kenntniss eines wichtigen Gebietes der Hygieine und Therapie. — Die Naturwissenschaften sind als Bestandtheil der allgemeinen Bildung für die Nichtmediciner in ihrem ganzen Gebiete übersichtlich zu lehren, dabei ist auch die Hygieine zu berücksichtigen. — Die griechische Sprache und Literatur sind um ihrer ausgebildeten edeln Form und reichen, für die Cultur aller Zeiten hochbedeutenden Inhalts willen Bildungsmittel ersten Ranges und deshalb auch für den Mediciner höchst werthvoll. — Wenn ich dieselben nicht obligatorisch machen will, so geschieht es, weil die grosse Anstrengung, welche das Studium dieses Faches erheischt, von manchem schwächlichern Schüler nicht ertragen würde, der vielleicht doch Kraft und Tüchtigkeit zum Lernen und zur Ausübung des ärztlichen Berufes erlangt. — Handzeichnen. Der Unterricht sollte auch durch die obern Classen fortgeführt werden und ausser dem Zeichnen nach Vorlagen auch Anschauung, Auffassung und Nachbildung von Naturkörpern umfassen. — Daraus ergeben sich für mich folgende Wünsche bei Anlass der gegenwärtigen Revision des Schulgesetzes unsers Cantons:

1. Für alle Classen sämmtlicher Mittelschulen mindestens sechs Stunden wöchentlich für körperliche Uebung und Ausbildung.

2. Für das Literar- und das Realgymnasium: Fortführen des Handzeichnungsunterrichtes und Weiterausbildung desselben im oben angedeuteten Sinne.

Ich beantrage eine Petition unserer Gesellschaft an den hohen Cantonsrath, welche die Berücksichtigung der von mir geäusserten zwei Wünsche bei der gegenwärtigen Revision des Schulgesetzes als dringenden Wunsch der Gesellschaft aussprechen soll."

Prof. *Krönlein*, vom Präsidenten zu einem ersten Votum aufgefordert, betont vor Allem, dass die Materie eine sehr weitschichtige ist und deren Discussion kaum in den Rahmen unserer Gesellschaft mit ihren wenigen und in der Zeit knapp bemessenen Sitzungen passt. Er ist im Allgemeinen mit den Thesen einverstanden, deren Anforderungen ja manchenorts schon so ziemlich erfüllt sind, fürchtet aber, dass sie nicht genügen, um damit an den Cantonsrath zu gelangen, da wichtige Fragen noch zu erörtern wären, z. B. das Verhältniss zwischen den alten Sprachen. Er wünscht vorherige Umschau, was schon auf guten schweizerischen Gymnasien geleistet wird. Im Zeichnen z. B. werde anderswo mehr geleistet als in Zürich, wo der Unterricht mit dem untern Gymnasium abschliesst.

In der darauf folgenden Discussion werden sehr divergente Ansichten laut.

Prof. *O. Wyss* betont die Wichtigkeit des Zeichnens, wünscht das nach seiner Ansicht für den Mediciner unentbehrliche Griechische am untern Gymnasium womöglich obligatorisch, aber nicht zu weitgehend auf Kosten der modernen Sprachen. Er bedauert den Wegfall des Kadettendienstes zu Gunsten des Turnens im geschlossenen Locale.

Dr. *Kaufmann* hält nur ein Entweder . . . Oder für möglich. Er verlangt für den schweizerischen Mediciner vollständige Ausbildung in den drei Nationalsprachen, Kenntniss des Englischen (facultativ) und Abschaffung des Griechischen.

Dr. *Custer* wünscht intensivere Pflege der neuern Sprachen und der Naturwissenschaften, namentlich auch der Chemie (wie in St. Gallen), überhaupt eine grössere Berücksichtigung der Berufswahl schon auf dem Gymnasium.

Mit grosser Wärme tritt Dr. *Zehnder* für das klassische Studium ein. Er warnt mit Prof. *Krönlein* vor dem „Portier-Standpunkt", das Utilitätsprincip der Sprachfertigkeit zu sehr in den Vordergrund zu stellen. Es handelt sich in dieser Frage der Vorbildung nicht bloss um die Vortheile für das Medicinstudium, sondern auch um diejenige für die sociale Stellung des Arztes, dem ein möglichst reiches Maass an allgemeiner Bildung zu Theil werden soll, namentlich im Hinblick auf die unvermeidliche Umwandlung in den Staatsarzt, welche die Zukunft bringen wird.

Auf die Anfrage des Präsidiums, ob der Discussion eine practische Folge in Gestalt einer Eingabe an die Behörden gegeben werden solle, wird nach weiteren Voten von Dr. *Rahn*, Prof. *Wyss*, Dr. *Zehnder* und Prof. *Krönlein*, welch' letztere die Sache als noch zu wenig abgeklärt betrachten, einstimmig von einer Eingabe Umgang genommen.

2. Sodann folgt der Vortrag von Prof. *Eichhorst:* **Practische Erfahrungen über die zuckerige und einfache Harnruhr.** (In extenso veröffentlicht in Nr. 13 des „Corr-Blattes" vom 1. Juli d. J.)

Eine Discussion knüpft sich nicht daran.

3. Dr. *K. Walder*, Arzt am Cantonsspital in Winterthur: **Chirurgische Demonstrationen.**

Anschliessend an die Demonstration eines Falles von Strumaoperation bei einem 73jährigen Manne, welcher in drei Tagen unter Fieber bis auf 39° vollständig geheilt war, wird die dabei angewandte Methode der Narcose nach *Kocher* — dieselbe mit Chloroform einzuleiten und mit reinem Aether dann fortzuführen — besprochen. Es fand sich bei dem Manne nach Abnahme des Verbandes eine sehr starke und ausgebreitete Bronchitis, verbunden mit Infiltrat im rechten Oberlappen. Diese Lungenaffection ist den Kropf-

operationen eigenthümlich, beruht wahrscheinlich auf capillären Embolien in die Lungen, ausgehend von den äusserst zahlreichen verletzten Blutgefässen und ist nicht verursacht durch die Aethernarcose. Letztere zeigt auch bei Patienten mit ausgebreiteter Lungenphthise keine oder nur sehr unbedeutende, in etwas vermehrter Expectoration bestehende Einwirkung.

Die Aethernarcose ist nach Statistik, Thierexperimenten und klinischen Erfahrungen weniger gefährlich als die Chloroformnarcose. Die Methode *Kocher*'s, die Narcose mit Chloroform einzuleiten und erst beim Eintritt ruhigen Schlafes mit reinem Aether weiterzuführen, hat den Vortheil der kürzer dauernden Excitation, als beim blossen Aetherisiren und bietet für das zweite — Aetherstadium —, in welchem die Operation ausgeführt wird, doch grössere Sicherheit vor plötzlichem Collaps, als die Chloroformnarcose.

2. Veranlasst durch die verschiedenen, neuerdings empfohlenen Methoden der Lappenbehandlung bei Unterschenkelamputationen zur Vermeidung der Drucknekrose durch die Crista tibiæ wird eine solche nach *König* gezeigt, bei welcher das Periost im Zusammenhang mit dem Hautlappen abgelöst, die Crista der Tibia mit flachem Hohlmeissel ganz schräg abgemeisselt wird. Der Amputationsstumpf wird auf diese Weise vorn gut abgerundet.

3. Radicaloperation einer mobilen rechtsseitigen Leistenhernie bei einem 7jährigen Knaben. Veranlassung zur Operation gab folgender Umstand. Der Knabe war am 1. Februar 1888 eingetreten mit hochgradigem Trismus und ausgesprochenem Tetanus, welcher sich mehrmals zu Opisthotonus steigerte. Als Ursache des Tetanus liess sich nichts anderes finden, als eine kaum 5Centimesstück grosse Blase und eine ebenso kleine ganz oberflächliche Excoriation in der rechten Leistengegend, herrührend vom Drucke eines schlecht sitzenden Bruchbandes. Leichter Druck auf den rechten Cruralnerv war stark schmerzhaft und rief in den ersten Tagen einmal einen ausgesprochenen opisthotonischen Anfall, das andere Mal Verstärkung der tetanischen Contracturen hervor. Die übrigen Nervenstämme waren nicht druckempfindlich und vermittelten nicht obige Erscheinungen.

Chloralhydrat, 2½ gr. pro die, löste den Tetanus allmälig, so dass Patient nach 14 Tagen sitzen und halbfeste Speisen essen konnte.

Die Operation wurde am 24. April vorgenommen mit Unterbindung des Bruchsackhalses und Exstirpation des Bruchsackes, Naht der Bruchpforte soweit, dass dem Samenstrang genügend Raum bleibt. — Fieberlose Heilung per primam. — Der Knabe wird bis auf Weiteres kein Bruchband tragen, da sich mehrere andere Radicaloperirte ohne ein solches sehr gut befinden, anderseits in einem weitern Falle durch längeres Tragen eines Bruchbandes eine auffallende Atrophie der ganzen Narbengegend sich bildete, — bis jetzt nach einem Jahr allerdings ohne Recidiv.

Prof. *Krönlein* bemerkt bezüglich des ersten der mitgetheilten Fälle, dass er wiederholt Pneumonien nach Kropf-Exstirpation (bei reiner Chloroform-Narcose) beobachtet hat. Er erlebte indessen keinen Todesfall (seit Einführung der Sublimat-Antisepsis ca. 50 Struma-Exstirpationen, alle geheilt). Zur Narcose verwendet er ausschliesslich englisches Chloroform und hat während seiner ganzen chirurgischen Thätigkeit dabei keinen Todesfall erlebt. Den Vortheil der gemischten Chloroform-Aethernarcose schlägt er schon deshalb nicht hoch an, weil das Ereigniss, dem gegenüber wir am machtlosesten sind, die Chloroform-Syncope, meist schon beim Beginn der Narcose eintritt, also durch dieses Verfahren auch nicht vermieden werden kann. In schwierigen Fällen verwendet er lieber die gemischte Morphium-Chloroformnarcose.

Das Verfahren der Abschrägung der vordern Tibiacante bei der Amputation benutzt er, wie die meisten Chirurgen, schon lange und lässt es auch immer im Operationscurse einüben.

4. Zahnarzt *Brugger* von Kreuzlingen demonstrirt an 5 mitgebrachten, in Münsterlingen operirten Patienten mit Defecten des harten und weichen Gaumens [1]) die Leistungen

[1]) Vergleiche letzte Nummer des „Corr.-Blattes" Dr. *O. Koppeler*: Zur Behandlung der angeborenen Gaumenspalten.



seiner **Prothesen.** Für die nach Schliessung der Gaumenspalte häufig offen bleibende Spalte des Gaumensegels hat er einen Rachen-Obturator construirt, der abweichend vom *Schiltsky*'schen, den Abschluss nicht durch einen hohlen, mit Luft gefüllten Ballon, sondern durch einen solchen mit elastischer leichter Füllung bewirkt. Nach seiner Ansicht sind die *Schiltsky*'schen zu leicht. Die an den einzelnen Patienten vorgenommenen Leseproben mit und ohne Prothese illustriren die Leistungsfähigkeit derselben in vorzüglicher Weise.

Prof. *Krönlein* anerkennt die Leistungen des Apparates und begrüsst es sehr, dass auch in unserm Lande ein Techniker für dieses Gebiet sich gefunden hat.. Er beleuchtet im Fernern kurz die functionellen Resultate der operativen Behandlung, die leider schlecht geblieben sind, betont aber, dass zur Application der *Schiltsky*'schen und auch dieser Prothese die Gaumenspalte zuvor operativ geschlossen werden muss. Nur der *Suersen*'sche (Gaumen-)Obturator macht somit den Anspruch, direct mit dem operativen Verfahren concurriren zu wollen. Ihm gegenüber imponirt der *Schiltsky*'sche (für operirte Spalten) namentlich durch seine Leichtigkeit.

Herr *Brugger* betont noch, dass die vorgestellten Patienten nur 16—18 Tage Sprachunterricht hatten, während letzterer nach *Schiltsky* jahrelang nöthig ist und doch in einzelnen Fällen ein nasaler Ton der Sprache zurückblieb.

5. Ueber den Stand der **Rechnung** berichtet der Revisor Dr. *Meyer* von Dübendorf. Das Gesellschaftsvermögen beträgt Fr. 8381. 79. Die Rechnung wird genehmigt und dem Quästor verdankt, ebenso diejenige für die Blätter für Gesundheitspflege, über welche Dr. *Zehnder* als Revisor Bericht erstattet. Nach Abzug der vertragsmässig dem Redactor zufallenden Hälfte des Activsaldos werden auf neue Rechnung Fr. 498. 27 vorgetragen.

6. Gelangt ein Brief des am persönlichen Erscheinen verhinderten Bezirksarzt Dr. *Brunner* in Küsnacht zur Verlesung, in welchem derselbe im Auftrage verschiedener ärztlicher Bezirksgesellschaften die Anhandnahme einer Organisation von **Feriencursen** für practische Aerzte und Unterstützung dieser Bestrebung durch die cantonale ärztliche Gesellschaft postulirt.

Proff. *Klebs* und *Krönlein* wünschen Eingabe der diesbezüglichen Desirate an den Dekan der medicinischen Facultät, ohne Beanspruchung der Hülfe der Behörden, um dem Unternehmen seinen Privatcharakter zu wahren, letzterer äussert verschiedene practische Bedenken gegen die Durchführbarkeit dieser Curse. Eine Petition einer Anzahl von Privatdocenten, welche ebenfalls Einrichtung von Feriencursen anstrebt, unterliegt zur Zeit einer Berathung Seitens der Facultät und der Behörden.

Dr. *H. Pestalozzi* unterstützt die Anregung und möchte derselben durch einen Beschluss grösseres Gewicht verleihen, verlangt denselben aber angesichts der vorgerückten Zeit nicht mehr für heute. — Aus demselben Grunde zieht Herr Dr. *G. Custer* seinen angekündigten Vortrag zurück.

Um 2 Uhr vereinigte das Mittagessen im Casino noch ca. 35 Collegen für einige Stunden. Am Schlusse des Mahles konnte Prof. *Krönlein* noch die erfreuliche Mittheilung machen, dass soeben der Cantonsrath laut telegraphischer Meldung die Summe von Fr. 100,000 für den Neubau eines Diphtheritisspitals bewilligt habe. Er zollt dem Volk und den Behörden des Cantons Zürich, welcher stets in so rühmlicher Weise Opfer für seine wissenschaftlichen Anstalten bringt, warme Anerkennung und benützt die Gelegenheit, um den in der Praxis stehenden Collegen an's Herz zu legen, sie möchten stets auch in ihrem Kreise der alma mater gedenken, namentlich auch durch regere und zahlreichere Betheiligung an den Bestrebungen des Zürcher Hochschulvereins.

Referate und Kritiken.

Beiträge zur Lehre von den Anæstheticis.

Von Dr. *O. Kappeler*, Chefarzt in Münsterlingen. Separatabdruck aus *von Langenbeck*'s Archiv. Band XXXV. Heft 2.

Der Verfasser der 20. Lieferung der „Deutschen Chirurgie" (Anæsthetica) hat mit seinen Bemühungen nicht aufgehört, den Ursachen des noch so räthselhaften Chloroformtodes nachzuspüren. Das vielfach angeführte Vorkommen von Gasblasen im Herzen von Chloroformleichen veranlasste ihn, in einer grossen Reihe von Fällen (51 Autopsien), bei denen auf die Todesursache keine Rücksicht genommen wurde, Untersuchungen auf den Luftgehalt des Herzens anzustellen. Die Versuche, mit grosser Vorsicht und Präcision ausgeführt, ergaben, dass bei Leichen ohne Fäulnisserscheinungen nicht selten, bei solchen mit ausgesprochenen Fäulnisserscheinungen fast ausnahmslos eine mehr oder weniger grosse Gasmenge (bis zu 20 ccm.) sich im Herzen findet, und dass in allen Fällen, wo eine Analyse des aufgefangenen Gases möglich war, dieses sich als Stickstoff erwies. Damit wird jedenfalls die Theorie von *Roux* und *Piorry* hinfällig, dass der Chloroformtod auf rein mechanischem Wege, durch Luftembolie, erfolge; vielmehr muss „bei Chloroformvergiftungen, bei denen man nicht schon während des Lebens Gas in den Gefässen nachgewiesen hat, das Auftreten von Gas im Gefässsystem der Leiche als nicht seltene, für die Chloroformvergiftung nicht charakteristische, einfache Leichenerscheinung aufgefasst werden..."

Wiesmann.

Ueber die tuberculöse Mastdarmfistel.

Von *Karl Schuchardt*. *Volkmann*'sche Vorträge, Nr. 296.

Zunächst zieht Verfasser gegen die noch vielfach, namentlich unter dem Publicum, zum Theil aber auch noch unter den Aerzten verbreitete Lehre, dass die Mastdarmfistel eine heilsame Einrichtung der Natur sei, die durch Ableitung böser Säfte schlimmere Krankheiten verhüte, und dass ihre Heilung Lungenschwindsucht im Gefolge habe, als gegen einen auf falscher Deutung der Thatsachen beruhenden und in seinen Consequenzen entschieden schädlichen Irrthum zu Felde. Seitdem sich die Lehre von der localisirten und operativ heilbaren Tuberculose immer mehr befestigt hat, sind wir auch verpflichtet, gegen die tuberculöse Mastdarmfistel als einen der Heilung auf operativem Wege zugänglichen tuberculösen Herd vorzugehen. Nachdem Aetiologie, pathologische Anatomie und Diagnose der Mastdarmfistel besprochen sind, beschreibt Verfasser das operative Verfahren, das sein Hauptaugenmerk auf gründlichste Entfernung aller tuberculös afficirten Theile zu richten hat.

Wiesmann.

Die Resection des Mastdarms.

Von *Bernhard Bardenheuer*. *Volkmann*'s Vorträge, Nr. 298.

Als Resection des Mastdarms will Verfasser nur die Entfernung der ganzen Continuität des Rectum oberhalb des Sphincterenabschnittes bezeichnet wissen, während der Name Amputatio recti eine Operation bezeichnen soll, bei der das Rectum sammt dem Sphincterentheil entfernt wird. Indication zu dieser Operation geben ihm die grossen Recto-Vaginalfisteln, die auf anderem Wege nicht heilbar sind, unheilbare Narbenstricturen und vor allem das Rectumcarcinom. Letztere Indication ist weitaus die häufigste und wichtigste, und es ist nach *B.* in erster Linie das Verdienst *v. Volkmann*'s, die Grenzen für diese Operation möglichst weit gesteckt zu haben. Contraindicirt ist nach *B.* die radicale Behandlung des Mastdarmkrebses nur, wenn die Geschwulst total unbeweglich geworden ist; selbst Verwachsung mit der Blase oder ausschliesslicher Sitz des Tumors in der Flexura sigmoidea sollten keine Contraindication abgeben. Je nach dem Sitze der Geschwulst in der Nähe der Prostata, des Blasenfundus oder der Gegend der linken Synchondrosis sacroiliaca ist das operative Verfahren etwas verschieden.

Als Hauptgrundsätze für die erfolgreiche Operation werden aufgestellt: Anlegung eines sehr grossen Medianschnittes, ausgedehnte Quer-Resection des Os sacrum, Er-

haltung des Sphincterentheils, directes Vordringen auf die hintere Wand des Rectum, stumpfe Durchtrennung des perirectalen Bindegewebes, stumpfes Ablösen des Peritoneum, Ausdrehen des retrorectalen Fettgewebes und der Lymphdrüsen und Ausstopfung der Wundhöhle mit Jodoformgaze. Die Details der Technik, die eine möglichst rasche und unblutige Ausführung gestattet, sind in der Arbeit selbst nachzulesen. Verfasser steht nicht an, die Resectio recti nach diesem Verfahren als eine entschieden wenig gefährliche und in ihren Erfolgen höchst segensreiche hinzustellen. *Wiesmann.*

Ueber complicirte Pankreaskrankheiten und deren chirurgische Behandlung.

Basler Inaugural-Dissertation von *Karl Hagenbach* aus Basel.

Leipzig, Druck von J. B. Hirschfeld, 1887.

Wieder ein Organ der Hand der Chirurgen verfallen! — Um so besser. Aus der chirurgischen Klarheit wird auch unserer medicinischen Einsicht, unserm Handeln mehr Licht zu Theil werden; will die Wissenschaft in lauter Specialitäten auseinander fliegen — der Zwang der natürlichen Einheit muss sie wieder verketten zum Zusammengehen.

Die schöne Basler Dissertation bringt zwei Beobachtungen aus *Socin*'s Klinik, welche für den Internisten und den Operateur gleich lehrreich und gleich wichtig sind.

Rasches Entstehen eines Tumors in der Magengegend mit Erscheinungen des Darmverschlusses; es war eine Cyste des Pankreas mit entzündlicher Reizung der Umgebung. Im andern Fall hatte ein Pankreaskrebs die Galle gestaut.

Die Einreihung dieser Vorkommnisse unter die ähnlichen der Litteratur führt den Verfasser zu einer sehr guten Zusammenstellung dessen, was jetzt bekannt ist über die Cysten, die Hämatome, die Druckwirkungen der Bauchspeicheldrüse und die operative Behandlung des durch Pankreastumoren bedingten Verschlusses des Gallenganges.

Seitz.

Das Empyem der Gallenblase und seine chirurgische Behandlung.

Nach einem Vortrage von Dr. *M. Hirschberg* in Frankfurt a./M.

Separatabdruck aus der „Deutschen Zeitschrift für Chirurgie", Band XXVI, 1887.

Ein eigener, mit Erfolg operirter Fall veranlasste sorgfältige litterarische Umschau und Aufstellung folgender Regeln:

Bei schwerer Gallensteinkrankheit und bei Retentionsgeschwulst durch Verlegung des Cystenganges mit einem Gallenstein kommen operative Eingriffe an der Gallenblase in Betracht. Bei Wandern eines Steines muss sein Uebertritt in den Darm abgewartet werden. Eine Gallenblasenbauchfistel kann genügen. Wenn bei dieser durch Gallenverlust Lebensgefahr droht, ist die Cholecysto-entero-stomie zu versuchen. Einseitige Cystotomie ist vollberechtigt überall, wo operative Eingriffe in Betracht kommen. Besonders bei der chronischen Steinbildung ist die Exstirpation der Gallenblase in's Auge zu fassen. Die gewöhnliche Cystotomie, Vereinigung der eröffneten Gallenblase mit der Bauchdeckenwunde, ist vorzuziehen der idealen Cystotomie, d. h. der directen Nahtvereinigung der eröffneten Gallenblase und Versenkung in die Bauchhöhle. *Seitz.*

Beiträge zur pathologischen Anatomie und Physiologie.

Herausgegeben von Dr. *Ernst Ziegler*, Professor der pathologischen Anatomie und der allgemeinen Pathologie, und Dr. *C. Nauwerck*, a. o. Professor und Assistent am pathologischen Institut in Tübingen. Zweiter Band, zweites Heft. Jena, Gustav Fischer, 1887.

Die schöne Zeitschrift von *Ziegler* und *Nauwerck*, über deren ersten Band wir schon viel Rühmliches zu sagen das Vergnügen hatten, enthält in ihrer, die Erweiterung des Unternehmens anbahnenden Gestalt im zweiten Heft des zweiten Bandes Arbeiten aus dem pathologischen Institute zu Königsberg in Preussen. Herausgegeben von Dr. *F. Neumann* und Dr. *P. Baumgarten*.

A. Kunz hat Jodoform mit den Microorganismen von Milzbrand, Kaninchensepticämie, Tuberculose, Rotz, mit Fäulnissbacterien und Staphylococcus aureus pyogenes innig ge-

mengt und diese Masse in Hauttaschen hineingebracht, die zugenäht wurden. Die Fäulnissbacterien erlagen, die specifisch pathogenen Microorganismen konnten sich erhalten.

G. Böttcher legte an Gefässe doppelte Ligaturen an. Das Blut im Abschnürungsgebiet gerinnt nicht, wird aus arteriellem allmälig zu venösem, erhält die rothen Blutkörperchen wochenlang, die Blutplättchen tagelang unversehrt und lässt die Leukocyten verfetten.

G. Wolffowitz kann die Angabe von *Fränkel* und *Simmonds* nicht bestätigen, dass Uebertragung reincultivirter Typhusbacillen auf Mäuse, Kaninchen und Meerschweinchen den typhösen Process reproducire.

M. Voelsch erwiesen sich die Tubercelbacillen, ob sporenhaltig oder sporenfrei, von relativ sehr erheblicher Widerstandsfähigkeit gegen äussere auf sie einwirkende Einflüsse.

O. Skrzeczka verfolgte die Pigmentbildung in Extravasaten. Der Blutfarbstoff diffundirt und anderntheils, indess nur in geringer Zahl, werden die rothen Blutkörperchen von contractilen Zellen aufgenommen; die eingeschlossenen rothen Blutkörperchen wandeln sich um zu körnigem, eisenhaltigem Pigment; aber auch aus dem diffundirten Blutfarbstoff bildet sich eisenhaltiges Pigment, wenn derselbe dem Einflusse von lebendem Gewebe anheimfällt; denn eisenhaltiges Pigment entwickelt sich nur unter der Einwirkung des lebenden Gewebes, Hämatoidin dagegen, wenn der Blutfarbstoff dieser Einwirkung entzogen ist. *Seitz.*

Altes aus neuen Anstaltsberichten.

Eine dritte Adresse an die practischen Aerzte von Dr. *C. M. Brosius.* 54 S. Preis 1 M. 50.

Die lesenswerthe Broschüre bespricht eine Anzahl psychiatrischer Fragen, welche für den practischen Arzt von Interesse und beherzigenswerth sind. Ref. möchte sich erlauben, einiges Wenige hervorzuheben. *Br.* klagt mit Recht über die so gewöhnliche verspätete Einbringung in die Anstalten, wodurch die Zahl der Heilungen herabgesetzt wird. Er sollte aber hinzufügen, dass die unverhältnissmässig grössere Ziffer der schlimmen Ausgänge bei später Einbringung zu einem grossen Theil ihren Grund darin hat, dass eben gerade die insidiösen, chronischen Fälle lange Zeit zu Hause verpflegt werden können, während die heilbaren acuten Formen aus äussern Gründen bald in die Anstalt gebracht werden müssen. — Bei uns im Canton Zürich ist ein anderer Fehler vielleicht ebenso häufig wie die späte Einbringung, nämlich die Einsperrung von als unheilbar erkannten Kranken, auch wenn sie draussen ganz gut leben könnten. Unser Publicum ist gegen Kranke, die dann und wann etwas laut schimpfen oder ähnliche Ungehörigkeiten begehen, äusserst ungeduldig, und da wäre es Pflicht der Aerzte, dazu beizutragen, dass solche Patienten, welche für Privatpflege geeignet sind, nicht in die manchen Kranken unangenehmere und theurere staatliche Versorgung gegeben, dafür aber draussen richtig behandelt werden. Ueberhaupt wäre für die Verbreitung richtiger Anschauungen über die Geisteskrankheiten im Volke und für die schützende Beaufsichtigung von Kranken oder solchen, bei denen man Grund hat, eine Erkrankung oder ein Recidiv zu fürchten, auch bei uns noch Vieles zu thun. Eine solche Aufgabe können aber nur die Aerzte übernehmen, und *Br.* stellt deshalb die dringende Aufforderung an die Collegen, thätigen Antheil an den Irrenhülfsvereinen zu nehmen. (Die Betheiligung der Aerzte am zürcherischen Hülfsverein ist eine sehr, sehr geringe.) — Ferner verdient alle Beherzigung die Empfehlung, den zu versorgenden Kranken genaue Anamnesen mitzugeben, da diese sehr oft nicht nur für die wissenschaftliche Ausnutzung und für die Stellung der von den Verwandten gleich Anfangs verlangten Prognose, sondern auch für die Behandlung von grosser Bedeutung sind.

Andere Abschnitte besprechen den Selbstmord der Geisteskranken, Heredität, psychische Ansteckung, Verhältniss von Lues und Psychosen etc. *Bleuler.*

Zur Statistik und Therapie der Placenta prævia.

Von *Nordmann.* (Mittheilung aus der königlichen Frauenklinik zu Dresden. „Archiv für Gyn.“, Bd. 32.)

Verfasser bespricht besonders die Frage der Behandlung der Placenta prævia an der Hand von 45 beobachteten Fällen. Bekanntlich wurde speciell von Berlin aus

als sozusagen einzig richtiges Verfahren die frühe combinirte Wendung hingestellt. In Dresden wurden die 45 Fälle nach drei verschiedenen Methoden behandelt. Nämlich:

I. Kolpeuryse bezw. Wattetamponade mit oder ohne Blasenstich. Verlauf der Geburt spontan. Meist Fälle von Placenta prævia lat. 12 Fälle reine Anstaltsbehandlung (3 Fälle moribund hereingebracht ungerechnet) 0 Mortalität der Mütter, 46,6 % Mortalität der Kinder; bei Abzug von 6 beim Eintritt schon abgestorbener 11,1 %.

II. Wendung bezw. bei Beckenendlage Herunterholen eines Fusses und unmittelbar angeschlossene Extraction: 23 Fälle. 17,3 % Mortalität der Mütter, bezw. 13,63 %, 30,43 % Mortalität der Kinder, bezw. 5,8 %.

III. Wendung bezw. Herabholen eines Fusses mit später angeschlossener Extraction: 2,5 % Mortalität der Mütter bezw. 0. 25 % Mortalität der lebend geborenen Kinder.

Alle 3 Reihen zusammen: 13,3 bezw. 7,1 % Mortalität der Mütter, 60 bezw. 43,7 % Mortalität der Kinder.

Nach neuern Arbeiten über dieses Thema publicirten bessere Resultate für die Mütter *Hofmeier* 2,7 %, *Behm* 0; ungefähr gleiche *Wyder*, schlechtere *Tramèr*, *Beumer*, *Peiper* und *Olshausen*. Für die Kinder ist nirgends eine grosse Differenz. „Immerhin zeigen diese, im Verein mit dem für die Mütter erzielten Erfolge, dass die ältern Methoden bei der Behandlung der Placenta prævia durchaus nicht alle Berechtigung verloren haben, und dass durch sie manches kindliche Leben gerettet werden kann, das sonst verloren gewesen wäre."

Die statistischen Angaben über die Anomalie will ich hier, als von geringerer Bedeutung, übergehen. *Roth* (Winterthur).

Ueber die Constanz der Kindeslagen bei wiederholten Geburten.

Von *Schäublin*. (Inaugural-Dissertation. Basel, 1888.)

Verfasser kann unter Benutzung von 1064 Fällen (aus Basel und Stuttgart), die 2 bis 9 Mal in den betreffenden Anstalten entbunden wurden, die Gravitationsgesetze für die Aetiologie der Kindeslagen bestätigen. Genauer sind die Resultate seiner Untersuchungen folgende: Zwischen I. und II. Schädellage besteht im Allgemeinen, wie schon bekannt, das Verhältniss von 2 : 1; das Verhältniss ändert sich bei wiederholten Geburten bei derselben Frau zu Gunsten der ersten Schädellage. So fand er bei den Fällen zweimaliger Entbindung zwischen I. und II. Schädellage das Verhältniss 4 : 1; bei den Fällen dreimaliger Entbindung 4,3 : 1. Ferner:

1) Das Ueberwiegen der Lage des Rückens nach links bei wiederholt entbundenen Frauen zeigt, dass die Gravitationsverhältnisse des linksspiralig gewachsenen Embryo bei beweglichem Kopfe besser zum Ausdrucke kommen als bei festem.

2) Bei wiederholter III., III./II., IV./I. Lage, Querlage u. s. w. ebenso bei Constanz der Lage bei engem Becken, ist vielleicht eine durch die Beckenenge bedingte besondere Form des Uterus anzunehmen, in welcher der Fœtus am besten Platz hat.

3) Das Vorkommen der relativ grössern Häufigkeit der II. Schädellage bei Mehrgebärenden mag vielleicht darin seinen Grund haben, dass bei schlafferen Bauchdecken und bei dadurch bedingter Rechtslage des Uterus das Kind dem Uterus besser in II. Position entspricht.

Das Verhältniss 1,7 : 1,0 zwischen I. und II. Schädellage bei Mehrgebärenden ist um so auffallender, als bei Mehrgebärenden die Schädellagen mehr als bei Erstgebärenden durch andere Lagen ersetzt werden. *Roth* (Winterthur).

Kraniometrie und Kephalometrie.

Von Prof. *M. Benedikt*. Vorlesungen, gehalten an der Wiener allgemeinen Poliklinik. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg. 1888. Mit 36 Holzschnitten. (XI.) 172 Seiten.

Der oberste Zweck dieses Buches ist, die Kliniker und die Aerzte zunächst kranioscopiren zu lehren, um sie zu überzeugen, wie weit sich hereditäre und frühzeitig erworbene centrale Neurosen mit Atypien und Abnormitäten des Kopfes decken. So beschreibt denn der Verfasser ein Präcisionsinstrumentarium und Präcisionsmethoden, um



Schädel zu messen, um dann durch ihre Anwendung zu erfahren, „dass die Natur in der organischen Welt dieselbe strenge Gesetzmässigkeit der Form beobachtet, wie wir sie in der Mécanique céleste herausgefunden haben."

In diese Zuversicht des Verfassers von der Wirkung dieser präcisen Studien mischt sich freilich die etwas betrübende Ahnung, dass die heutigen Altmeister der Kraniometrie bis auf Weiteres eine reservirte Stellung einnehmen werden. Allein mit Unrecht; man wird sich vielleicht nicht entschliessen, das etwas theure Instrument zu benützen, aber die Methode erfährt keinen Widerspruch, denn sie ist dieselbe, die seit Jahren in der Kraniometrie herrscht. Ich erinnere nur an die Methoden von *Spengel*, die schon der verstorbene *A. Ecker* in Freiburg einleitete, an die Apparate von *Rieger* und *Miess*, von denen der Franzosen nicht zu reden, die alle schon darauf hinaus gingen, präcise Messungen herzustellen. Wer wüsste endlich nicht die Arbeiten *Welcker*'s zu schätzen, denen doch gewiss Niemand die Präcision bestreiten wird! Das wollten wir doch betonen, damit ein der Entwicklung der Kraniometrie Fernstehender nicht unter dem Eindruck der *Benedikt*'schen Ausführungen in die falsche Vorstellung hineingetrieben werde, man hätte bisher jede Umsicht bei Seite gelassen, um dem grossen Problem der Rassenmerkmale und ihrer Umänderungen in pathologischen Fällen gegenüber zu treten. Diesen Vorwurf möchten wir gerne von der Kraniometrie vergangener Tage abwenden. Im Uebrigen wünschen wir dem Buche die weiteste Verbreitung; es ist frisch geschrieben, mit dem entschiedenen Glauben an den Erfolg der vom Verfasser erprobten Methoden, vortrefflich ausgestattet, knapp gehalten, mit einem Worte lehrreich. Es enthält 17 Vorlesungen, die sich auf Bestimmung der Schädelcapacität, des Schädelgewichts, und besonders ausführlich auf die Messung des Hirn-, des Gesichtsschädels und seiner einzelnen Abschnitte beziehen.

Kollmann.

Hauptmomente in der geschichtlichen Entwicklung der medicinischen Therapie.

Von Dr. *Julius Petersen.* Kopenhagen, A. F. Høst & Sohn. 1877. 400 Seiten. 9 Mark.

Wenn ein Buch elf Jahre nach seinem Erscheinen dem Publikum auf's Neue angeboten wird — in erster Auflage nämlich — so hat letzteres ein gewisses Recht, das Werk als Ladenhüter zu bezeichnen. Im vorliegenden Fall beweist aber der Appell an die Leserwelt nur, dass es nicht so, wie es verdient, gekauft und gelesen worden.

Die genannte Arbeit ist in der That ein so ausgezeichnetes Geschichtswerk, dass es jetzt noch nichts von seinem Werthe verloren. Nach seinem Erscheinen wurde es („Corr.-Blatt" 1877, Nr. 18) eingehend von keinem Geringern besprochen und empfohlen, als von unserm *Baader*, und es mag für diesmal drum genügen, auf jene Stelle hinzuweisen. Es ist ein Werk, das man nicht zur Hand nehmen kann, um es zu durchblättern; denn es ist in so ansprechendem und hinreissendem Styl geschrieben, dass das Ueberspringen dem Leser schwer wird.

Es möchte freilich angesichts des immerhin um ein Jahrzehnt zurückliegenden Datums scheinen, die therapeutischen Bestrebungen und Errungenschaften der letzten Jahre könnten darin schmerzlich vermisst werden. In zwei Hinsichten sind allerdings Lücken nachzuweisen. Die erste betrifft das Fiasco der antipyretischen Behandlung, sofern sich mehr und mehr die Ansicht Geltung verschafft, dass die Wirkung der neuern — und ältern — Antipyretica nicht Wesentliches in Bezug auf den Krankheitsverlauf leisten, vielmehr nur durch eine besondere Wirkung auf das Nervensystem im Sinne einer lähmenden Beeinflussung des thermischen Centrums einen besondern Factor des Krankheitseffectes beeinflussen. Sodann versteht es sich von selber, dass eine grössere Zahl theils werthvoller und dauerhafter, meist aber ephemerer Heilagentien nicht zur Besprechung kommen konnten. Es hat dies um so weniger auf sich, als das Ziel des Buches nicht sowohl in Berücksichtigung der chemischen Medicamente, als vielmehr in Besprechung der verschiedenen systematischen Bestrebungen auf dem Gebiete der medicinischen Therapie besteht.

Trechsel.



Die künstliche Ernährung des Säuglings mit keimfrei gemachter Kuhmilch nach dem Soxhlet'schen Verfahren.

Von Dr. *F. A. Schmid* (Bonn). 1888. Preis 1 Mark.

Die Gefahren und Schädlichkeiten bei der künstlichen Ernährung mit Kuhmilch, die als Ersatz der Muttermilch wohl einzig in Betracht kommt, beruhen auf dem chemischen Unterschied beider Milcharten, und ferner darauf, dass die Kuhmilch durch Aufnahme verschiedener Coccen und Bacterien direct oder indirect krankheiterregend wirkt. Um dem Säugling nur pilzfreie Milch verabfolgen zu können, sind verschiedene Apparate und Methoden von *Scherff*, *Soltmann* u. a. m. angegeben worden. Allen Anforderungen jedoch genügt nur der *Soxhlet*'sche Milchkochapparat. Derselbe besteht aus einem Kochtopf, in welchem auf einem Gestell 10—12 Flaschen von je 150 bis 200 ccm. Raum Inhalt Platz finden. Der Verfasser bespricht ausführlich das ganze Verfahren, sucht die Einwände, die man gegen dasselbe als zeitraubend und umständlich erhoben hat, zu widerlegen, und gibt einige kurzgefasste Regeln für die künstliche Ernährung der Säuglinge im Allgemeinen. Das Büchlein kann auch gebildeten Laien bestens empfohlen werden.

(*Soxhlet*'s Apparat kostet in einfacher Ausstattung 18 Mark, mit gewöhnlichen Saugspitzen 16 Mark.) *Tramêr*, Basel.

Ein Beitrag zur Uebervölkerungsfrage.

Von Dr. *Justus Ichenhäuser*. Berlin und Neuwied, Heuser's Verlag. 1888. 84 S.

Eine mehr historische Arbeit, mit ausführlichem Literaturverzeichniss und einigen wichtigen statistischen Angaben über das wachsende Missverhältniss zwischen Bewohnerzahl und Unterhaltungsmitteln, vornehmlich in Deutschland. *Malthus* und seine Lehre, dann der Neomalthusianismus und die Präventionsmittel anderer Bevölkerungstheoretiker werden geschildert; es wird gezeigt, dass die Uebervölkerungsfrage noch durch keine Präventivtheorie gelöst ist, dass sie aber längst aus dem Rahmen academischer Erörterungen in die nackte Wirklichkeit getreten ist und „dass unsere Staatsmänner, Publicisten, Nationalöconomen (und Aerzte!) die Sache nicht länger todtschweigen, sondern einer ernstlichen Prüfung werth erachten sollten." *Haffter*.

Arbeiten des pharmacologischen Institutes zu Dorpat.

Herausgegeben von Prof. *R. Kobert*. I. Band. Stuttgart, Verlag von F. Enke, 1888.

Die vorliegenden Studien legen sowohl von der trefflichen Leitung des Dorpater pharmacologischen Institutes als von der hervorragenden, zielbewussten Arbeitskraft des Herrn Verfassers ein ausserordentlich günstiges Zeugniss ab. Wird auch die ausgedehnte practische Verwerthung der hier gewonnenen Resultate noch eine Zeit lang auf sich warten lassen, so ist andererseits die wissenschaftliche Bedeutung derselben um so höher anzuschlagen, da hierdurch die Kenntnisse einer wichtigen pharmacologischen Gruppe, „derjenigen des Sapotoxins" eine schätzbare Erweiterung erfahren haben.

Die erste der genannten drei Arbeiten stammt von *Dimitrij Pachorukow* aus Sibirien und bespricht das Sapotoxin,[1]) seine Darstellung, seine Reactionen und physiologischen Eigenschaften. Bei diesen Untersuchungen wurde die Wirkungsweise des Sapotoxins mit der Quillajasäure verglichen und gleichartig gefunden.

Verfasser empfiehlt hierauf gestützt die medicinische Anwendung der weit angenehmer und weniger kratzend schmeckenden Quillajarinde am Platze der Senegawurzel.

Die zweite von *Joseph Atlas* aus Rumänien herrührende Arbeit behandelt hauptsächlich das in der Senegawurzel enthaltene Senegin und spricht sich auch ihrerseits für die Anwendung der Quillajarinde an Stelle der Senegawurzel aus.

---

[1]) *Kobert* hatte schon im Jahre 1885 aus der Quillajarinde die ebenfalls in der Senegawurzel enthaltenen und in derselben wirksamen Glykoside: „Das Sapotoxin und die Quillajasäure", dargestellt und die Anwendung der Quillajarinde empfohlen.

Eine Ergänzung zu dieser Arbeit bildete seine im Jahre 1887 erschienene, bezüglich ihrer physiologischen Details sehr werthvolle Veröffentlichung „über Quillajasäure. Ein Beitrag zur Kenntniss der Saponingruppe."

Die dritte von *Nicolai Tufanow* verfasste Arbeit enthält eingehende Untersuchungen über das zur nämlichen pharmacologischen Gruppe gehörende, für die therapeutische Anwendung bis jetzt ungeeignete Cyclamin. Eine practisch-technische Verwendung dürfte demselben vielleicht mit Rücksicht darauf vorbehalten sein, dass es die Eigenschaft besitzt, der Milch zugesetzt, eine vollständige Abscheidung des Fettes an ihrer Oberfläche zu bewerkstelligen. 0,5 ccm. der nach 12 Stunden durch Cyclamin ausgeschiedenen Fettschicht würden einem Fettgehalte der Milch von 1% entsprechen. *Demme.*

Cantonale Correspondenzen.

Solothurn. Militärischer Operationscurs in Zürich vom 5.—19. August 1888. Unter Leitung des Herrn Major Dr. *Emil Burckhardt* nahmen an demselben 19 Sanitätshauptleute Theil. In Abwesenheit des Cursleiters führte in der ersten Woche Herr Major Dr. *Frölich* das Commando. Die militärischen Fächer (Kartenlesen, Tactik) ertheilte Herr Oberstlieutenant Gutzwiller; Unterricht täglich von 5½—12 und 2½—7 Uhr mit Unterbrechung von je 1½ Stunden.

Die rein medicinischen Fächer: chirurgische Klinik, Kriegschirurgie, Verbandlehre, Operationscurs und Ophthalmologie unter der trefflichen Leitung der Herren Professoren und Docenten nahmen von 8—12 und 5—7 Abends das Interesse aller Curstheilnehmer in vollem Maasse in Anspruch und manches beherzigenswerthe Wort der alma mater hat bei uns Allen freudigen Anklang gefunden.

Insbesondere war es die chirurgische Klinik des Herrn Prof. *Krönlein* (täglich 10—12 Uhr), die auch in kriegschirurgischer Beziehung viel Interessantes bot. Neben Amputationen, Resectionen, Plastiken, Laparo- und Ovariotomien waren von specifisch kriegswissenschaftlicher Bedeutung: eine sectio alta, eine Larynxexstirpation, zwei penetrirende Lungenschüsse (der eine Einschuss in der rechten Infraclaviculargegend mit hochgradigem Emphysem; Kugel wird, neben der Wirbelsäule unter der Haut steckend, excidirt; der andere mit Einschussöffnung hinten in der Höhe der 11. Rippe, keine Ausschussöffnung). Diese beiden Schussverletzungen konnten uns glücklicher Weise die Schiessversuche am Cadaver ersetzen, die im Arbeitsprogramm nicht vorgesehen waren; immerhin wären vergleichende Schiessversuche mit gross- und kleincalibrigen Waffen im gegenwärtigen Augenblick von grossem Interesse gewesen.

So schlecht sich auch anfänglich die Aussichten für den Operationscurs hinsichtlich des Leichenmateriale gestalteten, war doch am dritten Tage eine genügende Leichenzahl vorhanden, die für den ganzen Curs ausreichte. Die Conservirungsmethode mit Sublimat hat sich auch bei der ziemlich beträchtlichen Hitze der zweiten Woche vortrefflich bewährt, so dass der Odor ein ganz erträglicher war.

In der Kriegschirurgie behandelt Prof. *Krönlein* zuerst die Ballistik und Schusswirkungen gross- und kleincalibriger Geschosse und geht dann einlässlicher ein auf die Frage der Durchführung der Antiseptik im Kriege. Diese Frage gestaltet sich zu einer einfachen, sobald wir Antiseptica besitzen, die ihre desinficirende Kraft für längere Zeit und auch unter den denkbar ungünstigsten Verhältnissen noch sicher zu entfalten vermögen. Dank der unermüdlichen Forschung zahlreicher Autoren sind wir in letzter Zeit in Stand gesetzt worden, diese Sache als abgeklärt betrachten zu können und unsere Pflicht wird es nur noch sein, die immensen Errungenschaften der Chirurgie auch ihrer in dürftigen Verhältnissen lebenden Stiefschwester, der Kriegschirurgie, zu Gute kommen zu lassen. Die meisten andern Staaten sind uns hierin zuvorgekommen und doch will die Wissenschaft mit ihren Erfahrungen Gemeingut aller Nationen sein! Aus dem endlosen Heer der Antiseptica haben trotz aller Anfeindungen namentlich zwei immer und immer wieder ihre dominirende Stellung zu behaupten gewusst: Jodoform und Sublimat. („Corr.-Blatt" 1887, pag. 65). Durch Anwendung dieser Präparate hat sich auch die ganze Antiseptik bedeutend vereinfacht und gerade für die Kriegschirurgie werden sie von eminentem Nutzen sein. Die letzten Feldzüge im Orient haben bereits das Jodoform und seine Präparate als vorzügliches Mittel zur primären Wundbedeckung kennen gelernt; es eignet sich am besten für den Dauerverband, ist wenig voluminös, haltbar und seine Anwendung eine äusserst einfache. Dieselben Eigenschaften besitzt auch die von *Krönlein*

dargestellte 10%ige saure Sublimat-Kochsalzlösung, die sich Monate lang ohne Quecksilberausscheidung halten lässt („Corr.-Blatt" 1888, pag. 125), dadurch wird man in Stand gesetzt, bei Eröffnung eines Hauptverbandplatzes unter Zuhülfenahme eines einfachen Mensurglases aus jedem Flusse oder Brunnen unerschöpfliche Mengen einer sicher wirkenden Desinfectionslösung gewinnen zu können und dies ist ja nach den heutigen Anforderungen der Chirurgie nicht nur pium desiderium, sondern conditio sine qua non für den Erfolg auf einem Hauptverbandplatz, dem man in letzter Zeit immer mehr und schwierigere Operationen zuzuerkennen geneigt ist. Mit Einführung der Sublimatantiseptik wäre selbstverständlich auch das Ambulancenmaterial einer Revision zu unterziehen und es liesse sich zu diesem Zwecke leicht in einem Operationscurs in der Nähe der Klinik ein Verbandplatz errichten, wo mit dem vorhandenen Material gewisse Operationen wirklich ausgeführt würden; so wird am besten eruirt werden können, was den heutigen Anforderungen entspricht und was der Erneuerung bedarf. Die Errungenschaften der Medicin und Chirurgie könnten überhaupt auch für die Armee eher nutzbar gemacht werden, wenn bei der jeweiligen Revision und Reorganisation des Materials §. 41 des Sanitätsdienstreglements auch in Friedenszeiten Anwendung finden würde. Ein berathendes Collegium von wissenschaftlichen Autoritäten unter dem Vorsitze des Oberfeldarztes dürfte den wirklichen Bedürfnissen weit mehr Rechnung tragen als herumgesandte Fragebogen. — Als wünschenswerth bezeichnet Prof. *Krönlein* ferner die Einführung eines einfachen Apparats für Kochsalzinfusion bei der Ambulance. Derselbe besteht nur aus einem leicht sterilisirbaren schnabelförmigen Glasröhrchen mit Gummischlauch; die Operation selbst lässt sich im Feld leicht und sicher ausführen.

In drei Stunden Verbandcurs wurde von Herrn Secundararzt Dr. *Schwarz* in eingehender Weise das in der Klinik zur Verwendung kommende Verband- und Schienenmaterial durchgenommen. Da jedoch ein grosser Theil dieser Materie in Klinik und Spitalvisite behandelt wurde, hätten diese Stunden leicht anderweitige Verwendung finden können.

Die Ophthalmologie, drei Mal von 8—9½ Uhr, ertheilte Herr Prof. *Haab* in äusserst fasslicher und nutzbringender Weise, indem er dabei vorzüglich den Standpunkt des Militärarztes bei der Rekrutirung berücksichtigte und zwar an Hand der „Instruction über die sanitarische Beurtheilung der Wehrpflichtigen", § 41—48. Ueber die Abfassung dieser §§ spricht sich der Vortragende sehr anerkennend aus.

Sanitätsorganisation und Sanitätsdienst mehrmals von 5¾—6¾ Uhr Morgens und 2½—3½ Nachmittags, Herr Major Dr. *Frölich*. Derselbe behandelte in prägnanter und leicht übersichtlicher Weise speciell den Sanitätsdienst im Gefecht, Truppen- und Hauptverbandplatz, die Obliegenheiten der neu eingeführten Chargen, der Regiments- und Brigadeärzte, sowie das Etappen- und Rapportwesen.

Herr Oberstlieut. Gutzwiller wusste auf sehr anregende Art uns das Nothwendigste der Tactik und des Kartenlesens beizubringen, indem er mit uns den Aufmarsch zweier Divisionen gegen einander vornahm und dabei das für die Sanität Wünschenswerthe hervorhob. Im Terrain wurde zum Schluss des Curses der Sanitätsdienst im Gefecht dieser Divisionen beim Gros und bei einem detachirten Regimente durch Errichtung von Verbandplätzen nach Recognoscirungen markirt.

Während der ganzen Dauer des Curses bestand unter den Curstheilnehmern ein ungetrübtes collegiales und cameradschaftliches Verhältniss und zum Schlusse vereinigte Alle ein gemüthlicher Kneipabend im Strohhof, dessen Feier durch die Anwesenheit der Herren Professoren und Docenten erhöht wurde.

Vom heimischen Herd aus aber sei unsern Lehrern sowie der Cursleitung für die stramme und collegiale Durchführung ihrer Aufgabe aufrichtiger Dank ausgesprochen.

M. v. Arx, Olten.

Waadt. A propos de la narcose par l'éther. Depuis l'automne 1885 j'emploie presque exclusivement l'éther d'après la méthode *Julliard*, réservant le chloroforme pour les rares cas où l'éther est contre-indiqué. Rendu attentif aux dangers de l'éthérisation chez les brightiques par quelques publications anglaises et americaines, j'ai voulu voir jusqu'à quel point la narcose à l'éther pourrait faire apparaître l'albumine dans l'urine des malades dont les reins paraissaient sains avant l'intervention chirurgicale. Si l'action nocive de l'éther se laissait comparer, comme on l'a fait, à une sorte d'asphyxie, on pou-

vait penser qu'on trouverait les signes d'une albuminurie passagère, tout au moins dans les premiers jours, après la plupart des opérations.

Je ne me fais pas illusion sur la valeur scientifique de nos quelques observations et je suis loin de vouloir les comparer à des expériences de laboratoire sur des animaux qu'on peut sacrifier ensuite pour contrôler l'état des rognons, mais comme il importe avant tout de voir ce qui se passe en réalité dans la pratique chirurgicale courante, j'ai pensé que nos résultats ne seraient pas lus sans intérêt par les praticiens que le spectre d'un morbus *Brightii* artificiel empêche de se convertir à l'éther.

Nous avons pris, sans les choisir, une série de narcoses à l'éther, remontant aux premiers mois de cette année, et nous avons comparé les données de l'examen des urines des malades avant la narcose, puis un, deux. trois et quatre jours après, et enfin après un certain temps. Nous n'avons pas eu de brightique à endormir.

En éliminant les observations incomplètes il nous reste 119 narcoses à l'éther. Sur ce nombre 4 malades seulement présentèrent de l'albuminurie après l'opération, mais tous quatre en avaient auparavant:

1° Une femme atteinte de cystite chronique ancienne avec fistule vésico-vaginale présenta une légère augmentation passagère d'une albuminurie peu intense.

2° Un jeune homme à qui l'on avait fait quelques mois avant une excision de lymphomes multiples du cou et qui avait subi une seconde opération pour des glandes ramollies. Au moment de se faire opérer pour la seconde fois il avait un catarrhe des pointes, une maigreur extrême et des températures vespérales de 40°.

3° Egalement un jeune candidat à la tuberculose, opéré d'une ostéite caséeuse d'un métatarsien (actuellement dans la période avancée d'une tuberculose généralisée) qui eut quelques traces d'albumine, disparue dès lors.

4° Une vieille demoiselle, vierge, eut très peu d'albumine avant et après une colpopérinéoraphie; cependant elle a subi plus tard encore deux opérations dans la narcose à l'éther et son urine est parfaitement normale.

Donc à part l'augmentation passagère de l'albuminurie chez une cystite durant depuis 7 ans, nous n'avons aucun malade ayant présenté une albuminurie qu'on puisse attribuer à l'éthérisation: deux cas ont une explication suffisante de la présence toute éphémère du reste de l'albumine dans leur urine; et la quatrième malade a prouvé depuis, par deux fois, que l'éther était sans influence sur ses reins.

Les 115 autres malades éthérisés soit pour des opérations, soit pour des examens difficiles, ont été absolument exempts d'albuminurie.

A un autre point de vue nos observations présentent aussi quelque intérêt:

Le temps écoulé dès le commencement de l'éthérisation jusqu'à la résolution complète a été pour ces 119 malades en moyenne de $4^2/_3$ min., au minimum $1^1/_2$ min., au maximum 13 min.;

la dose d'éther nécessaire a été en moyenne 57 gr., au minimum 20 gr., au maximum 115 gr.;

la durée de la narcose, en moyenne 47 min., au minimum 2 min., au maximum 180 min.;

la dose d'éther totale pour une narcose, en moyenne 182 gr., au minimum 35 gr., au maximum 600 gr.!!

Ces chiffres ont besoin de quelques explications, car les minima et maxima sont loin de se couvrir. En effet la durée minimum à résolution, soit $1^1/_2$ minute, a été observée chez un enfant qui a dormi 6 minutes avec 35 gr. d'éther et qui ne se trouve pas avoir reçu le moins d'éther pour arriver à résolution; ce minimum ayant été atteint par une femme qui s'est endormie avec 20 gr., mais après 5 min. seulement.

D'un autre côté la durée maximum à résolution est montée à 13 minutes, sans qu'on ait eu besoin d'employer plus de 50 gr. d'éther, tandis que le malade qui a reçu le plus d'éther jusqu'à résolution, soit 115 gr., dormait déjà après 3 minutes!

Quelques doses formidables pour une narcose, 550 et 600 gr., s'expliquent du fait d'un jeune volontaire qui versait l'éther à cœur joie dans le masque, persuadé que les malades ne risquaient rien: c'étaient du reste des opérations de longue haleine.

Ces différences de dose et de durée jusqu'à résolution proviennent surtout de la manière d'administrer l'éther d'après *Julliard*, lorsque la narcose est conduite par

un débutant. La première dose, très-modérée, suffit quelquefois à produire la résolution complète, pour peu qu'on attende 3 ou 4 minutes, alors que la seconde, massive, compte de 40 à 60 gr. et quelquefois beaucoup plus si elle est donnée par un commençant. En un mot, au lieu de compter goutte à goutte comme pour le chloroforme, on verse l'éther dans le gros masque; de là les écarts.

Enfin les partisans de l'éthérisation prétendent qu'elle est moins dangereuse pour le cœur que le chloroforme et que les collapsus sont beaucoup moins nombreux et surtout moins alarmants. — J'ai eu l'occasion d'en observer un seul cas, dernièrement, sur une jeune femme, au cours d'une opération d'Alexander: tout à coup la respiration s'arrête; la malade devient extrêmement blanche; on ne sent plus le pouls; les pupilles restent cependant de dimensions moyennes. Voyant que les aides ne réussissent pas, je fais la respiration artificielle en me plaçant à la tête de la malade; saisissant dans chaque main le rebord costal, les 4 doigts sous les côtes, j'élève et abaisse le bord inférieur du thorax qui joue comme un soufflet et au bout de 4 à 5 minutes (autant qu'il est possible de les compter dans ces moments-là!) on entend la première inspiration volontaire et dans la galerie un immense soupir de soulagement. Je dois dire que je n'ai pas douté un instant du succès. Avec le chloroforme, c'en était fait.

En résumé j'ai l'impression qu'on s'exagère beaucoup les dangers de l'éthérisation sur les reins, au moins pour la pratique courante. Par contre je suis persuadé qu'en éliminant les malades où il y a une contre-indication précise (Brightiques; certaines formes de dyspnée et trachéosténose; opérations au paquelin dans les régions supérieures etc. etc.) on peut revendiquer en faveur de l'éther une plus grande sécurité pour le malade, la rapidité de la narcose et la quiétude pour l'opérateur.

Lausanne, 31 août 1888. Dr. *Roux.*

Wochenbericht.

Schweiz.

— Am 4. October, Nachmittags 2 Uhr, wird Dr. *O. Roth* im hygieinischen Institut in Zürich einen vierwöchentlichen **bacteriologischen Curs** beginnen.

Anmeldungen nimmt er bis spätestens 25. September entgegen.

— **Die Excursion der Caravane hydrologique française.** Die Zahl der Curorte jeder Art hat in den letzten Jahrzehnten so rasch zugenommen, die Einrichtungen der bereits bestehenden haben so verschiedenartige Verbesserungen erfahren, dass es schwer hält, in dem Wirrwar der Broschüren und Prospectus den richtigen Weg bei der Auswahl des passenden Curortes zu finden.

Dies hat im Schosse der Société française d'hygiène den glücklichen Gedanken gereift, hydrologische Caravanen zu arrangiren, welche den Zweck haben, die Curorte Frankreichs persönlich kennen zu lernen. Die Theilnehmer dieser Excursionen können nur Mitglieder der Société française d'hygiène, oder Aerzte, Studirende der Medicin und Ingenieure sein, welche von zwei Mitgliedern der hygien. Gesellschaft empfohlen sind. Auch können Damen, Angehörige der Mitglieder der Gesellschaft, daran theilnehmen. Letztes Jahr wurde die erste Caravane hydrologique organisirt und den Curorten des Centrums von Frankreich ein Besuch abgestattet.

Der sehr interessante Bericht über diese Excursion ist bei Georges Carré, éditeur 1888 in Paris veröffentlicht worden unter dem Titel: Les stations d'eaux minérales du centre de la France. La caravane hydrologique du Sept. 1887 par MM. Dr. *P. de Pietro Santa* et *A. Soltrani.*

Für das Jahr 1888 wurde eine Excursion in einige der wichtigsten Curorte der deutschen Schweiz und der Vogesen beschlossen und auch ausgeführt vom 15. bis 31. August.

Die Reiseroute war folgende: Basel, Luzern, Bürgenstock, Flüelen, Göschenen, Dissentis, Thusis, Viamala, Schynpass, Parpan, Chur, Ragaz, Pfäfers, Zürich, Baden, Schinznach, Rheinfelden, Basel, Vogesen.

Im Winter wird wieder ein Bericht über diese Excursion veröffentlicht werden.

Ueberall wurden die französischen Collegen in geziemender Weise empfangen und haben dieselben, wie ich aus mehrfachen Mittheilungen derselben vernommen, durchaus sich in der befriedigendsten Weise über den Besuch an diesen Orten, die Einrichtungen der Bäder, die hygieinischen Verhältnisse geäussert. Wir dürfen hoffen, dass die so ausgezeichnete Idee der Soc. franç. d'hygiène, die Curorte durch persönliche Inspection kennen zu lernen, auch für die Schweiz fruchtbringend sein und uns Gelegenheit geboten werde, das Vertrauen, das man unsern balneären Einrichtungen entgegenbringt, voll und ganz zu rechtfertigen. *Keller* (Rheinfelden).

Ausland.

— In Amerika ist von Seiten einiger medicinischer Journale (an der Spitze der „Medical and surgical reporter of Philadelphia“) eine lebhafte Agitation im Gange gegen die Unsitte, dass religiöse Zeitschriften sich bereitwilligst dazu hergeben, ihre Spalten mit betrügerischen Anzeigen von Quacksalbern, ja einzelne sogar mit Inseraten sittengefährlichen Inhalts zu füllen.

Wie viele unserer Tagesblätter, welche in Leitartikeln für Aufklärung und Volkswohl schwärmen und im Inseratentheil gut bezahlte Leimruthen zum Schaden des angeschwärmten Volkes aufstellen, so entschuldigen sich auch die amerikanischen Redactionen damit, dass über und unter dem Strich zweierlei sei und dass die Annoncenabtheilung ihre Verantwortlichkeit nicht berühre, sie überhaupt — als rein geschäftliche Sache — nichts angehe. (Wohl aber ihren Geldbeutel!)

— **Infectiosität des Fleisches und der Milch perlsüchtiger Kühe.** Bei Anlass der Debatte, die sich am französischen Tuberculose-Congress in Paris über diesen Gegenstand entspann, dürfte es unsere Leser interessiren, die Ansicht des erfahrenen Pathologen *Bollinger* in München über diesen Gegenstand zu vernehmen, die er in einem Vortrage im ärztlichen Verein von München mittheilte. Es stehen ihm eine Reihe experimenteller Arbeiten seiner Schüler zur Seite, die sorgfältig ausgearbeitet sind. („Münch. med. W.“, Nr. 29 und 30.)

Durch verschiedene Untersucher ist es festgestellt, dass die Milch perlsüchtiger, d. h. tuberculöser Kühe in 30% Tuberkelbacillen enthält — und dass diese sich virulent erweisen. Selbst in Fällen, wo das Euter nicht tuberculös erkrankt ist, sondern in andern Organen die Perlsucht sich localisirt hatte, erwies sich die Milch in 55% infectiös! Wenn man bedenkt, dass 5—8% der Kühe, die zur Schlachtbank kommen, perlsüchtig sind, dass die Milch dieser Thiere bis kurz vor dem Tode als Nahrungsmittel, besonders für Säuglinge benützt wurde, so liegt die Grösse der Gefahr auf der Hand.

Freilich kommt anderseits in Betracht, dass durch Kochen das Gift meist zerstört wird, und dass der Magensaft selbst zerstörende Wirkung auf die Bacillen ausübt. Auch kommt die Quantität der aufgenommenen Bacillen in Betracht. Solche virulente Milch erwies sich, Meerschweinchen intraperitoneal eingebracht, bei einer Verdünnung von 1:50 schon nicht mehr infectiös; — der Körper ist im Stande, ein gewisses Quantum des Infectionsstoffes zu bemeistern, unschädlich zu machen.

Das Fleisch tuberculöser Thiere, namentlich Rinder, erweist sich nach *Bollinger* für lange nicht so gefährlich, als es bisher angenommen wurde. Denn der quergestreifte Muskel ist wohl am wenigsten von allen Geweben für die Entwicklung des Tuberkelbacillus disponirt — und im Blut findet sich derselbe nur vorübergehend bei acuter Miliartuberculose — einer bei den Rindern höchst seltenen Erkrankungsform.

12 Versuche, bei denen das Muskelfleisch perlsüchtiger Thiere ausgepresst und der Fleischsaft verimpft wurde, ergaben sämmtliche ein negatives Resultat — demnach taxirt *B.* die Gefahr von Seiten der Milch perlsüchtiger Thiere bedeutend höher, als die von Seiten des Fleisches.

Nocard vertrat auf dem Tuberculosecongress auf Grund seiner Untersuchungen dieselben Ansichten — und empfiehlt, falls ungekochte Milch zur Verwendung kommen soll, die Ziegenmilch, weil die Ziege nach seiner Erfahrung niemals von Tuberculose befallen werde.

Hinsichtlich der Unschädlichkeit des Fleisches dieser Thiere stimmte besonders *Arloing* nicht bei und der Ausgang der Debatte gipfelte in dem Beschluss der Versammlung, der pag. 517 dieses Jahrganges des Nähern mitgetheilt ist, es möchte dahin gestrebt werden,

alle von tuberculösen Thieren stammenden Fleischsorten mit Beschlag zu belegen und zu vernichten.

Schmidt-Mülheim hat berechnet, dass falls alles Fleisch perlsüchtiger Thiere in Deutschland nach gleichen Principien wie in Berlin zur Ausscheidung gelangen würde, der jährliche Verlust ca. 10 Millionen Mark betrüge.

— **Creosot in Form eines Mineralwassers.** *Rosenthal* empfiehlt kohlensaures Wasser, das pro Liter 0,6 gr. Creosot puriss. mit 30,0 gr. Cognac (oder 1,2 gr. Creosot mit 30 gr. Cognac) enthält. Es wird (wie es *Sommerbrodt* empfohlen hat) bei Phthisis pulmonum in steigernder Dosis bis zu 0,8 gr. Creosot täglich gegeben. Das Präparat soll leicht verdaulich und relativ geschmacklos sein. Durch Zusatz von Wein werde übrigens der Geschmack absolut verbessert. („Berl. klin. W.", Nr. 32 u. 33.)

— **Heisses Wasser bei Magenblutungen.** Dr. *Flashar* empfiehlt es („Allg. med. C. Ztg." 55) seit ca 5 Jahren nicht nur bei Epistaxis, sondern auch bei Magenblutungen. Er liess das Wasser so heiss als es im Magen ertragen wurde von 1/2 bis 3/4 Wasserglas voll trinken. Dass die Gerinnung des Blutes rasch vor sich ging, zeigten grosse Blutgerinnsel, die gelegentlich durch Brechen entleert wurden.

— **Höhencuren bei Morbus Basedowii.** *Stiller* in Budapest („W. m. W." 27) berichtet über die vorzüglichen Erfolge, die er mit Höhencuren bei 2 Fällen dieser Krankheit erzielte. Besonders der eine Fall zeichnete sich durch hochgradige Herzschwäche aus und trotz wiederholter Recidive nach der Rückkehr in die Heimath trat doch endgültige Heilung ein. Die Patientin wurde auf eine Höhe von 1000 m. geschickt.

Stiller weiss sich keine physiologieche Erklärung für dieses Factum zu geben — er wirft die Frage auf, ob auch bei andern Herzkrankheiten im Stadium der Compensationsstörung Höhenluft mit Erfolg zu versuchen wäre, — und wir möchten die Frage aufstellen, ob Morbus Basedowii bei Bewohnern des Gebirges nicht — oder seltener als im Tiefland vorkommt. *G.*

— **Preisausschreiben.** Die ungarische Academie der Wissenschaften hat einen Preis von 100 Ducaten für die beste Behandlung des Thema's ausgeschrieben: „Einfluss des Missbrauchs der geistigen Getränke auf die Zunahme der Verbrechen; wie könnte diesem socialen Uebel am besten gesteuert werden?"

Ein weiterer Preis von 360 Gulden in Gold wurde für die beste Lösung der folgenden Frage bestimmt: „Die sanitären Verhältnisse in Ungarn; die Ursachen der herrschenden Uebelstände und die Bedingungen für deren Besserung." Termin für die Einreichung beider Arbeiten: 30. September 1888.

— **Eine neue Methode gemischter Narcose.** Prof. *Obalinski* in Krakau hat Versuche mit gemischter Narcose gemacht, um die Unannehmlichkeiten und Gefahren der Aether- und Chloroformnarcose noch mehr zu reduciren. In der Erwägung, dass wir im Cocain ein Mittel kennen, das sich in Fällen von starker Hyperemesis als wirksam erweist, ein Mittel, das am raschesten die Action des Herzens und der Lungen hebt und somit zu den besten Excitantien zählt und in vollständigem Antagonismus zu Chloralhydrat und Chloroform steht — entschloss er sich, dasselbe zur Narcose in Verbindung mit Chloroform zu versuchen.

Seine Versuche sind in der „Wiener klin. Wochenschr." Nr. 15 und 16 1888 niedergelegt und führten im Allgemeinen zu folgenden Schlussfolgerungen.

Bei reiner Chloroformnarcose, bei einem Verbrauch von 7—62 gr. trat in 31% der Fälle schon während der Narcose Brechen ein.

Wurden 5 Minuten vor der Chloroformnarcose dem Patienten 1—3 ctgr. Cocain gereicht, so wurde nur bei 20% der Fälle Erbrechen während der Narcose notirt — während freilich das Erbrechen nachher nicht herabgesetzt wurde gegenüber dem reinen Chloroformgebrauch.

Bedeutend bessere Resultate ergaben sich schliesslich mit folgender Combination: „Zuerst wird reines Chloroform auf gewöhnliche Art, d. h. vermittelst einer *Esmarch*'schen Maske so lange gereicht, bis Toleranz eintritt, was gewöhnlich in 4—12 Minuten und nach Verbrauch ebenso vieler Gramme Chloroform geschieht. Dann wird von einer 3—5%igen Cocainlösung längs der zu operirenden Hautstelle so viel injicirt, dass das

ganze Cocainquantum 3—5 ctgr. ausmacht. (Auch vor höherer Dosis braucht man nicht zurückzuschrecken.) Nach der Cocaininjection wird kein Chloroform mehr gereicht, besonders wenn die Operation nicht lange Zeit zu dauern verspricht; oder aber, es wird nur noch in kleinen Mengen und langen Zwischenräumen gereicht."

O. hat diese Methode in 24 Fällen durchgeführt und ist mit dem Erfolg sehr zufrieden. Unter den operirten Fällen sind notirt: Unterschenkelamputation, Herniotomie, Amputatio femoris. Dauer der Narcose 11—60 Min., Chloroformverbrauch 5—25 gr., Alter der Patienten 14—56 Jahre; das Erbrechen freilich stellte sich immerhin noch bei 10 Patienten ein (42%).

Unter den Vorzügen der besprochenen Methode nennt *O.*

1. die grössere Sicherheit gegenüber der reinen Chloroformnarcose — was allerdings eher aus theoretischen Raisonnements über die antagonistische Wirkung beider Mittel, als aus der kleinen Statistik erschlossen wird.

2. das seltenere Erbrechen — 42 gegen 50%. Bei diesen kleinen Zahlen wohl kaum als sicherer Rückschluss zu taxiren!

3. das leichte Erwachen und der Mangel jeder unangenehmen Abgeschlagenheit und Mattigkeit, wie er nach Chloroform beobachtet.

Das letztere dürfte nicht zu gering anzuschlagen sein. Sollte sich diese Methode bewähren, so dürfte der pract. Arzt, der oft in Verlegenheit ist hinsichtlich einer zuverlässigen Hülfe zur Narcose, grossen Gewinn davon haben. Nach *Obalinski* braucht ja während der Operation nur ausnahmsweise durch Chloroform die Narcose unterhalten zu werden — was selbstverständlich eine ärztliche Assistenz entbehrlich macht. *Garrè.*

— An der 49. Jahresversammlung der amerikanischen medicinischen Gesellschaft (Mai 1888) hielt unser Landsmann, Prof. *N. Senn* in Chicago, einen Vortrag über eine **sichere Methode zur Erkennung und Localisirung von Darmverletzungen bei penetrirenden Bauchwunden.**

Da Verletzungen des Darmtractus fast immer, Schussverletzungen des Dünndarms ausnahmslos letal verlaufen, wenn nicht durch Laparotomie eingeschritten wird, so ist es dringend geboten, alle so Verletzten zu laparotomiren. Nun fehlen aber unmittelbar nach der Verletzung, wo eine Laparotomie noch Erfolg haben könnte, oft alle positiven Anhaltspunkte für die differenzielle Diagnose zwischen einfacher penetrirender Bauchwunde und solcher mit Darmverletzung und *Senn* verfiel auf die geistreiche Idee, letztere in ähnlicher Weise ausfindig zu machen, wie dies die Bleiröhrenleger mit defecten Gasleitungen zu thun pflegen. Zu diesem Zwecke suchte er

1) experimentell nachzuweisen, dass der ganze Darmtractus für eingeblasene Luft durchgängig ist und

2) ein Gas zu finden, welches ohne Schaden durch die Darmwunde in die Peritonealhöhle und durch die äussere Wunde in's Freie dringen und daselbst nachgewiesen werden kann.

Ad 1. Luft, mit gewöhnlichem elastischem Ballon in's Rectum von Hunden getrieben erfüllt, ohne durch die Ileocœcalklappe aufgehalten zu werden, allmälig in von aussen mit Genauigkeit zu erkennender Progression den ganzen Darm und Magen und tritt per os zu Tage. Verletzungen der Darmwand sind bei den getödteten Thieren nirgends nachzuweisen. Die nicht getödteten erholen sich rasch.

Beim Menschen gelingt das Experiment in gleicher Weise; es producirt leichtes Druckgefühl in der Gegend des Colon transversum; andern Tages aber sind die Versuchsobjecte ganz normal und gesund.

Entgegen der Erwartung, dass die Lufteinblasung auf dem Wege der normalen Peristaltik noch besser gelingen müsste, erweiterte per Schlundsonde eingetriebenes Gas nur den Magen, nicht den Darm; bei starkem Druck platzte der peritoneale Ueberzug des Organs. Diese Methode könnte also nur zur Feststellung perforirender Magenwunden verwendet werden.

In einer Reihe von Versuchen zeigt *Senn*, wie gering der Gasdruck sein muss, um die Ileocœcalklappe zu überwinden (0,2—0,6 Kilogramm), und welchen Widerstand die verschiedenen Darmparthien der diastaltischen Gasbewegung entgegenstellen.

Ad 2. Als passendste Gasart für den angedeuteten Zweck wurde das Wasserstoffgas erfunden; es ist absolut unschädlich, reizt die lebenden Gewebe nicht, wird rasch

resorbirt und entweicht dank seinem niedrigen specifischen Gewicht sehr gerne und rasch durch die Wunden nach aussen (resp. nach oben bei den auf dem Rücken liegenden Patienten). Sein Durchtritt nach aussen lässt sich absolut sicher durch Entzünden nachweisen.

Schliesslich stellt der Verfasser folgende Sätze auf:

1. Der ganze Darmtractus ist für die Eintreibung von Luft oder Gas vom Rectum aus durchgängig.

2. Auftreiben des ganzen Darmtractus von oben her, durch eine Magensonde, gelingt sehr selten und muss auf die Fälle beschränkt werden, wo es sich darum handelt, eine perforirende Magenwunde zu erkennen.

3. Die Ileocœcalklappe bildet für das unter mässig hohem Drucke (0,2—0,8 Kilogramm) eindringende Gas kein Hinderniss.

4. Die Gaseintreibung per rectum muss — um sicher und erfolgreich zu wirken — langsam und ohne Unterbrechung gemacht werden.

5. Der sicherste und beste Insufflator ist ein 16 Liter grosser einfacher Cautschukballon.

6. Wasserstoffgas ist der atmosphärischen Luft und allen andern Gasen vorzuziehen.

7. Das Durchtreten des Gases durch die Ileocœcalklappe wird immer durch ein blasendes, gurgelndes Geräusch begleitet und von einer raschen Druckverminderung gefolgt.

8. Die Insufficienz der Ileocœcalklappe wird veranlasst durch seitliche und Längsausdehnung des Cœcums, welche die Klappenwand vom Darm abhebt.

9. Bei Schuss- oder Stichverletzungen des Gastrointestinalcanals setzt die Wasserstoffgaseintreibung den Chirurgen in den Stand, positiv und mit Sicherheit eine Darmverletzung nachzuweisen, ohne dass er zu diesem Zwecke den Risiko und die gerichtsärztliche Verantwortlichkeit einer Laparotomie tragen muss, u. s. w.

Wahrscheinlich lässt sich dieses ingeniöse Verfahren mit Erfolg auch bei Darmocclusionen etc. verwenden und wenn man sich daran erinnert, welch geringer Zug von innen her oft nöthig ist, um eine incarcerirte Hernie zu reponiren, so empfindet man Lust, auch da unter Umständen mit demselben sein Heil zu versuchen; das an die Incarcerationsstelle elastisch andrängende Gas muss einen activen Zug ausüben. — Auch zu diagnostischen Zwecken bei Unterleibstumoren etc. ist das *Senn*'sche Verfahren gewiss zu verwerthen.

Stand der Infections-Krankheiten.

	1888.	Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperalfieber	Ophthalmoblennorrhœa	Rubeolae	Rötheln
Zürich u. Aussengem.	19. VIII.-25. VIII.	5	—	—	7	1	7	1	—	—	—	—
	26. VIII.- 1. IX.	6	1	—	7	1	10	3	—	—	—	—
Bern	19. VIII.-25. VIII.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	26 VIII.- 1. IX.	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—
Basel	26. VIII.-10. IX.	4	4	—	7	11	2	1	—	—	—	—

Briefkasten.

Dr. *Brandenberg*, Zug; Dr. *Fischer*, Kreuzlingen: Besten Dank. Erscheint in nächster Nummer. — *A. B.* in C.: Die Wittwe des betreffenden Collegen wohnt jetzt in Zürich (Zeltweg 21) und nimmt junge Leute (Studenten u. s. w) in Logis und Pension. Wie wir aus zuverlässiger Quelle vernehmen, sind dieselben dort vorzüglich aufgehoben und kann die betr. Pension bestens empfohlen werden. — Dr. *Ronus*, Zürich: Dankend erhalten. Kommt in nächster Nummer. — *C. P. Honesdale*: Sie haben mir einen andern, freundlicheren Begriff von Amerika beigebracht. Herzlichen Gruss.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats.
Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile.

Preis des Jahrgangs Fr. 12. — für die Schweiz, Fr. 14.50 für das Ausland. Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. E. Haffter

in Frauenfeld.

N°. 19. XVIII. Jahrg. 1888. 1. October.

Original-Arbeiten.

Zur Behandlung der Spondylitis mit dem Sayre'schen Gypsverband.

Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Aerzte in Zürich den 28. Januar 1888 (s. Protocoll „Corr.-Blatt“ vom 15. Juli 1888) von Dr. **Wilh. v. Muralt.**

Ueber die Behandlung der Wirbelsäuleerkrankungen im Allgemeinen und speciell der spondylitischen Erkrankungen sind die Ansichten unter den Aerzten durchaus noch nicht abgeklärt, vielfach schwankend, unsicher, zum Theil auseinandergehend, und doch ist das Resultat der therapeutischen Maassnahmen, wenn sie zur richtigen Zeit begonnen und in consequenter Weise durchgeführt werden, für die meisten Fälle ein recht dankbares.

Es dürfte daher wohl am Platze sein, an der Hand einer grössern Anzahl von Fällen aus dem Zürcher Kinderspital, die eine Reihe von Jahren zu controliren möglich war, die Frage zu prüfen, in welchen Fällen das *Sayre*'sche Verfahren angezeigt, und was es zu leisten im Stande sei. Es soll dabei gleich bemerkt sein, dass wir uns auf die spondylitischen Erkrankungen beschränken und alle andern Fälle von Erkrankungen und Verkrümmungen der Wirbelsäule hier weglassen. In den ersten Jahren unserer Thätigkeit am Kinderspital haben wir uns der damals üblichen Behandlungsmethode bedient, d. h. der permanenten horizontalen Bettlage je nach dem Fall mit Beifügung der *Rauchfuss*'schen Schwebe oder der *Maas*'schen Rolle, bald mit mehr, bald mit weniger Fixation (*Bonnet*'sche Hose oder Extension) verbunden, und haben nachher, wenn uns das floride Stadium

38



sicher vorbei zu sein schien, längere Zeit einen Stützapparat als Tutor tragen lassen, bald von Stahlschienen, bald von Drahtgeflecht oder Leder, bald von Gyps (freilich ohne Suspension, aber doch bei Cervicalspondylitis mit Fixirung des Kopfes an einem dorsalen Brettchen, den sog. Thurmverband), mit besonderer Vorliebe aber den *Taylor*'schen Apparat mit doppelter Rückenschiene (die orthop. Behandlung der *Pott*'schen Kyphose von *Ch. F. Taylor*, deutsch von *Biesenthal*, siehe „Corr.-Blatt" 1876, pag. 537), mit dem wir eine Reihe recht guter Resultate erzielt haben. Freilich müssen wir uns jetzt gestehen, dass wir von der Anwendung der Kopfstütze an diesem Apparat einen ausgiebigern Gebrauch hätten machen sollen, nämlich nicht nur in allen Erkrankungen des Halstheils, sondern auch überall da, wo das Leiden in den oberen drei Viertheilen (jedenfalls immer, wenn es in der oberen Hälfte) des Brusttheils sass. Bald nach obiger Mittheilung wurde das *Sayre*'sche Verfahren bekannt, und 1877 theilte *Sayre* die Details desselben in einer Monographie mit (Spinal disease and spinal curvature, their treatment by suspension and the use of the plaster of Paris bandage, London 1877), die in Europa sofort lebhafte Anregung zur Erprobung des Verfahrens gab. Freilich wurde namentlich in Deutschland, zum Theil wohl wegen mangelhafter Kenntniss des *Sayre*'schen Buches, des Guten allzu viel gethan und durch forcirte Streckungen, gewaltsame Correction, sogar in Narcose, dem Verfahren eine Erweiterung gegeben, die einerseits *Sayre* nicht gewollt, und die anderseits diese Behandlung in Misscredit bringen musste. In diese zuletzt berührte Phase der Entwicklung, die eine Anzahl von plötzlichen Todesfällen zur Folge hatte, haben wir uns freilich nicht hineinreissen lassen.

Uebersehen wir nun vorerst das Material, das uns für die Betrachtung zur Verfügung steht. Wenn wir von den ersten drei Jahren 1873—76 als vor-*Sayre*'scher Zeit absehen, so haben wir von 1876 bis heute 59 Fälle von Wirbelsäulcerkrankungen. Wir zählen aber nur bis Ende des Jahres 1884, weil wir der Ansicht sind, dass erst etwa drei Jahre nach abgeschlossener Behandlung einigermaassen mit Sicherheit (und auch dann noch nicht immer) ein Urtheil über erzielte Behandlung gestattet ist.

Von 1876 also bis Ende 1884 sind es im Ganzen 49 Fälle, die nach *Sayre*'scher Methode mit etwa 140 Verbänden behandelt wurden, darunter aber auch Scoliosen und rhachitische Kyphosen, und zwar in der Zahl von 11, so dass als Fälle von Spondylitis, die uns heute allein interessiren, 38 Fälle übrig bleiben. Es mag dies für einen Zeitraum von 8 Jahren eine geringe Zahl scheinen, und in der That waren in dieser Zeit vielleicht die doppelte Zahl von Spondylitiden angemeldet, aber es liegt einstweilen weder in den räumlichen noch financiellen Verhältnissen des Kinderspitals, dass eine grössere Anzahl solcher Kinder, die oft monate-, meist jahrelangen Spitalaufenthalt nöthig haben, zu gleicher Zeit Aufnahme finden könnte.

Ueber diese 38 Fälle, die bis Ende des Jahres 1884 in Behandlung waren, suchten wir uns nun möglichst genaue Auskunft zu verschaffen. Mittelst eines gedruckten Circulars luden wir die Angehörigen ein, in einer bestimmten Woche an beliebigem Tage das Kind in's Spital zur Untersuchung zu bringen, und wenn

dies nicht möglich wäre, uns schriftlich darüber Auskunft zu geben, ob das Kind noch lebe, ob seit dem Austritt der Buckel zu- oder abgenommen habe, ob seither andere Erkrankungen, besonders Eiterungen oder Lähmungen aufgetreten seien, ob es seither viel an Husten leide, und ob es wegen des Rückenleidens oder anderer Erkrankungen in ärztlicher Behandlung gewesen sei, und bei wem?

Wir freuen uns mittheilen zu können, dass wir über 29 Fälle genauen Bericht erhalten haben, zum Theil von den Aerzten selbst, denen wir dadurch zu besonderm Danke verpflichtet sind. 14 Fälle haben sich damals und einige weitere noch seither zur Untersuchung gestellt. Von den 29, über die wir genaue Auskunft haben, sind 6 seit dem Spitalaustritt gestorben, und zwar meist direct oder indirect an ihrer Wirbelerkrankung. Von den 23 noch Lebenden können zur Zeit als von ihrer Spondylitis geheilt betrachtet werden 20 und verschlimmert haben sich 3. Ob und wie viele von den 9, über die uns kein Bericht zugekommen ist, gestorben oder geheilt sind, bleibt uns leider unbekannt.

Den Sitz der Erkrankung betreffend, fallen 3 Fälle in die Hals-, 17 in die Brust- und 3 in die Lendenwirbelsäule. — Trauma wurde von den Angehörigen als Ursache bestimmt angegeben in 2 Fällen von Hals-, in 4 von Brust-, und 3 von Lendenerkrankung. Zu nachweisbarer Abscessbildung kam es in 4 Fällen. Lähmungen verschiedenen Grades wurden in 9 Fällen beobachtet. Wichtig für die Beurtheilung des ganzen Materials ist der Umstand, dass die Angehörigen sich erst sehr spät zur Spitalbehandlung entschlossen. Als Beginn der Krankheit vor dem Spitaleintritt wurde nämlich angegeben (und wie lange vorher kann es schon gewesen sein, ohne dass die Angehörigen es bemerkten) 1/4 Jahr in 1 Fall, 1/2 Jahr in 6 Fällen, bis 1 Jahr in 6 Fällen, mehrere Jahre ebenfalls in 6 Fällen, darunter waren in einem Fall 4 1/2 Jahre und in einem andern 9 Jahre seit Beginn der Krankheit schon verstrichen. Aus diesem Grunde schon brauchen wir uns im Folgenden mit der Frage der Diagnose gar nicht eingehend zu beschäftigen, denn in allen diesen Fällen (anders von 1884 bis jetzt) handelt es sich um schon vorgeschrittene Wirbelcaries, bei fast allen war schon ein Buckel vorhanden.

Das Alter betreffend befanden sich 15 Kinder zwischen 3—8 Jahren, 8 zwischen 9—15. — Die Vertheilung auf das Geschlecht ist fast gleich, 12 Knaben, 11 Mädchen.

Die Dauer des Spitalaufenthaltes in den einzelnen Fällen variirt ungemein, von 1/4 Jahr in 6 Fällen, 1/2 Jahr in 4 Fällen, bis zu 3/4 Jahr in 1 Fall, 12 Fälle wurden meist ambulant behandelt, die Behandlungsdauer im Ganzen, die freilich von den Angehörigen leider oft gegen unsern Rath zu früh abgebrochen wurde, variirt zwischen 1/2—1 1/2 Jahren, in einem Fall betrug sie 2 1/2 Jahre.

In obigen Zahlen nicht eingerechnet sind 4 Fälle von Spondylitis bei Erwachsenen (davon zwei deutlich frisch traumatischen Ursprungs), welche seit Jahren geheilt sind.

Alle diese Fälle wurden nach *Sayre* behandelt, allerdings schon früh mit Benützung der vorgeschlagenen zahlreichen Modificationen, die ich aber im Ganzen nicht empfehlen kann. *Sayre*'s Verfahren ist besser als die andern vorgeschlagenen

Methoden. Wer sich genauer darüber vergewissern will, was *Sayre*'s Princip ist, was er damit bezweckt und wie er seinen Zweck erreicht, dem kann *Nebel*'s Abhandlung (Nr. 277 und 278 der *Volkmann*'schen Vorträge) bestens empfohlen werden. Es sei hier nur noch bemerkt, dass es zur Anlegung eines guten *Sayre*'schen Verbandes keiner besondern Kunstfertigkeit bedarf, dass aber allerdings der Verband oft nicht leicht zu machen ist. Jeder muss Lehrgeld bezahlen, bis er alle technischen Vortheile los hat. In einzelnen Fällen gelingt die Entlastung nur schwer, aber wir werden die Geduld nicht gleich verlieren, wenn wir wissen, dass *Sayre* selbst in einem Falle fünf Mal den Verband wechseln musste, bis er seinen Zweck erreichte.

Was bezweckt denn der *Sayre*'sche Verband? Er bezweckt (s. *Nebel*), in der Suspension die kranken Theile von dem auf ihnen ruhenden Drucke zu entlasten und sucht dann, durch Immobilisirung des Rumpfes mit Gypsbinden, diese Situation zu erhalten, will aber keineswegs eine gewaltsame Ausgleichung der kyphotischen Verbiegung bewirken, wie vielfach angenommen wurde.

Ohne auf alle Einzelheiten hier einzugehen, die *Sayre* und *Nebel* deutlich genug hervorheben, möchten wir bezüglich des Verfahrens nur besonders betonen:

dass bei der Suspension das Aufziehen langsam und schonend zu geschehen hat, bis sich Patient erleichtert fühlt, aber ja nicht mehr. Schwere Fälle sollen, wenn sie sich überhaupt für *Sayre*'schen Verband eignen, liegend extendirt und eingebunden werden;

dass vor der Suspension, in der der Verband angelegt wird, keine Hängeübungen gemacht werden, wie dies vielfach üblich war; sie sind bei Spondylitis nicht nöthig, oft aber schädlich (anders bei Scoliose). Der Verband soll rasch angelegt werden, in 10 bis höchstens 15 Minuten;

dass die Polsterung sorgfältig gemacht werde, indem entweder Wattebäuschchen an den prominenten Stellen unter den Tricotschlauch geschoben und vor dem Erstarren herausgezogen werden, so dass die betreffenden Partien hohl liegen, oder indem an die betreffenden Stellen kleine Filzplatten eingelegt werden. Diese Polsterungen dürfen aber anderseits ja nicht zu reichlich sein, weil sonst der Verband nicht dicht anliegt und dadurch viele Stützpunkte verliert;

dass nicht zu viel Gypsbinden genommen werden. Der Verband muss leicht, aber doch solid sein. Lieber soll man zur Verstärkung Schusterspahn nehmen;

dass man den Jury-mast (die Kopfstütze) in allen Fällen von cervicaler Erkrankung und überall bei Affection des ersten bis siebenten Brustwirbels, in schwereren Fällen und bei starker Knickung auch bei tiefer sitzender Spondylitis in Anwendung bringe. Dieser Punkt wurde manchen Orts viel zu wenig beachtet, und daraus sind manche Misserfolge und ungünstige Urtheile über den *Sayre*'schen Verband zu erklären;[1])

dass bei Spondylitis der Verband nicht abnehmbar sein soll (mit

[1]) Sogar in der neuen Arbeit von *Witzel* wird pag. 525 ein Fall abgebildet, bei dem die Spitze des Gibbus etwa auf den 5. Brustwirbel fällt. Er wird als Muster eines gut anliegenden Filzcorsets vorgestellt, aber ohne Kopfhalter.



Ausnahme der allerletzten Stadien, wo die Heilung gesichert ist). Der Verband soll im Gegentheil Tag und Nacht getragen werden, soll permanent immobilisiren, unabhängig von der Willkür des Patienten und dem Unverstand der Angehörigen. Lässt man dagegen bei Scoliose einen *Sayre*'schen Verband tragen, so muss er abnehmbar sein und muss täglich abgenommen werden, damit Gymnastik, Abwaschungen, Massage regelmässig vorgenommen werden können;

dass der Verband nicht zu hoch sei. Eine Einengung des Thorax ist ja leider nicht zu vermeiden, und damit verbunden eine Beschränkung der Respiration und consecutive Atrophie der Thoraxmusculatur, die Respiration wird aus einer abdominellen künstlich zu einer mehr costalen gemacht, so dass man die Athmung ja nicht mehr behindern darf, als absolut nöthig ist. *Schönborn*'s Panzer, der beide Schultern umfasst und bis zum Scheitel des rasirten Kopfes reicht (s. *Witzel* in *Gerhardt*'s Handbuch der Kinderkrankheiten, Bd. 6, S. 522) scheint mir die Aufgabe in weniger glücklicher Weise zu lösen, als der typische *Sayre*.

In welchen Fällen ist der *Sayre*'sche Verband bei Spondylitis anwendbar?

Wie in aller Therapie die Schablone nichts taugt, so möchten wir auch hier ganz besonders rathen, für jeden Fall die für ihn passende Behandlung in Anwendung zu bringen, und von vorne herein dem Missverständniss vorbeugen, als ob für jeden Fall von Spondylitis der *Sayre*'sche Verband das Richtigste sei.

Von ganz frischen Fällen möchten wir nur die leichten Fälle als für den *Sayre* geeignet betrachten, überall da aber, wo man eine grössere Ausdehnung der Knochenerkrankung annehmen muss, ganz besonders bei grosser Schmerzhaftigkeit und Rückenmarkserscheinungen, die absolut ruhige, horizontale Rückenlagerung für so lange anordnen, bis diese Erscheinungen in entschiedenem Rückgang begriffen sind. Nachher passt der *Sayre* fast für alle Fälle von Hals-, Brust- und Lendenwirbelerkrankung, ausgenommen:

1) bei ganz kleinen Kindern, die noch nicht stehen können, bei denen übrigens die Erkrankung selten vorkommt. Auch bei schon etwas grössern Kindern ist wegen des noch schmalen Beckens und des starken Fettpolsters („weil sie noch keine Taille haben") der Verband oft nicht zu verwenden, weil ihm die Stützpunkte fehlen, er rutscht herunter;

2) bei sehr hochgradiger Thoraxdifformität mit grossem Leib; bei coxitischer Contractur u. dgl.;

3) bei Totallähmung der untern Extremitäten, von Blase und Mastdarm. Immerhin darf auch hier ein Versuch gemacht werden, da öfter nicht nur Erleichterung, sondern rasche Besserung erzielt wurde.

In diesen ausgenommenen Fällen wird in der Regel am besten passen der Holzcuirass von *Phelps* oder das Stehbett von *Nönchen* mit oder ohne Kopfhalter. Die Technik desselben (siehe *Nebel* und „Deutsche medic. Wochenschr." 1886, Nr. 18) ist nicht schwierig, die richtige Polsterung mit Jute durch einige Uebung leicht zu erlernen und die Herstellungskosten sehr viel billiger als die der *Bonnet*'schen Drahthose. Eine grosse Annehmlichkeit des Apparats für den Patienten besteht darin, dass er den Ort wechseln und sich beschäftigen kann.

Abscess und Eiter hindern die Anlegung des *Sayre* durchaus nicht. Bei tiefsitzender lumbaler oder sacraler Erkrankung kann die Gypshose (*Madelung*) zweckmässig sein.

Was kann man mit dem *Sayre* erreichen?

Wenn die Krankheit im früheren Stadium zur Behandlung kommt, kann man durch *Sayre* (je nach dem Fall mit vorheriger Rückenlage) den Process zum Stillstand und zur Ausheilung bringen und die Entstehung einer Difformität verhindern. Nachher stellen sich allerdings öfter anderweitige tuberculöse Erkrankungen ein, immerhin nicht so häufig, als man erwarten könnte, so fand *Fränkel* (Hamburg) bei 82 an Wirbelcaries Verstorbenen 18 Mal Tuberculose anderer Organe und 29 Mal Amyloiddegeneration.

In den meisten, namentlich den vorgeschrittenen Fällen erfordert die Behandlung 1½—2 Jahre, bisweilen noch länger, und auch nach vollendeter Behandlung muss der Patient noch während eines Jahres sich alle zwei bis drei Monate dem Arzte zur Untersuchung stellen, damit sich derselbe vergewissern kann, dass sich nicht ein Recidiv eingestellt hat. Wird die Behandlung genügend lange fortgesetzt, und von den Eltern nicht zu früh unterbrochen (ein leider häufiges Vorkommniss), so können wir in den meisten Fällen rasche Besserung und Heilung erreichen und die sonst zunehmende Verkrümmung aufhalten. In schweren, verzweifelten Fällen, wo wir Heilung nicht mehr hoffen dürfen, können wir jedenfalls Erleichterung und Linderung der Beschwerden schaffen. Der *Sayre* macht hier den Transport für Patient und Wartpersonal viel weniger beschwerlich.

Bei günstig verlaufenden Fällen beobachten wir öfter eine Streckung der Verkrümmung und Verlängerung der Wirbelsäule, aber nicht durch forcirte Distraction der erkrankten Stelle entstanden, sondern durch allmälige Dehnung der complementären Ausbiegung unter- und oberhalb derselben, und durch das Wachsthum bedingt.

Von den Nachtheilen des *Sayre*'schen Verbandes fällt hauptsächlich in Betracht: die Behinderung der Respiration und der Schwund der Athmungsmusculatur, und dies um so mehr, als wir es ja meistens mit einer tuberculösen Erkrankung zu thun haben und die Einschränkung der Athmung disponirend für Erkrankung der Lungen wirken kann. Zum Glück zeigt uns aber die Erfahrung, dass wir diese theoretischen Bedenken nicht allzu hoch anzuschlagen haben. Dass ferner die Reinlichkeit und die Hautpflege unter dem Gypspanzer sehr leidet, ist allerdings zu bedauern, es kommt dies aber kaum in Betracht gegenüber den Leistungen, welche der Verband bei dieser lebensgefährlichen Krankheit aufweisen kann, und gegenüber dem Vortheil, dass man die Kinder nach Hause entlassen kann. Dieser letztere Vortheil ist allerdings nur ein relativer; dem Spital wird meistens damit gedient sein, solche chronische Fälle, die den Platz noch ein Jahr und mehr belegt hielten, entlassen zu können, und den Eltern wird es in vielen Fällen lieber sein, das Kind zu Hause zu haben, aber im Ganzen wäre die diätetische Pflege (Nahrung, Luft, Bewegung im Freien, Aufsicht, Reinlichkeit etc.) im Spital viel besser und richtiger durchzuführen und dadurch die Aussicht auf Heilung ganz wesentlich gefördert, und wäre es deshalb vorzuziehen, das Kind auch mit dem *Sayre* im Spital



zu behalten, ganz abgesehen davon, dass von unverständigen Eltern der Verband öfters ganz ohne Wissen des Arztes zu Hause entfernt wird, oder dass sie das Kind mit ganz defectem Verband längere Zeit herumlaufen lassen, anstatt dasselbe sofort zur Ausbesserung oder wenn nöthig Erneuerung des Verbandes zuzuführen. Schliesslich also ist der Umstand, dass man die Kinder mit dem Verband nach Hause entlassen kann, mehr Nachtheil als Vortheil, und wäre es zu wünschen, dass man solche Kinder mit *Sayre* — aus armen Familien wenigstens — wenn nicht im Spital, so doch in einer Anstalt während der ganzen Behandlungsdauer unter ärztlicher Aufsicht behalten könnte.

Die Vortheile des *Sayre* im Vergleich zu andern Verfahren sind evident. Durch die freie Bewegung, das Geniessen der frischen Luft, werden Appetit und Verdauung und überhaupt das ganze Befinden und Aussehen besser und dadurch die Heilung wesentlich unterstützt. Im Vergleich zu Stahlschienenapparaten ist die Herstellung des *Sayre* sehr viel billiger. In manchem Falle, wo wir bei Erwachsenen die Schwebe nach *Rauchfuss* oder die Rolle nach *Maas* für angezeigt halten, können wir sie bei Kindern nicht verwenden, weil — abgesehen von den Nachtheilen der Rückenlage — die Fixation und Immobilisirung der Wirbelsäule bei dem unruhigen Kinde ganz ungenügend wäre, auch bei guter Aufsicht.

Von den Ersatzmitteln und Modificationen des *Sayre* in Leder, Metall, Draht, Wasserglas, lässt sich im Allgemeinen sagen, dass sie viel weniger leicht anzupassen sind (Wasserglas erhärtet zu langsam), die meisten in der Herstellung viel theurer und doch nicht so zuverlässig. Selbst das Filzcorset lässt sich lange nicht so genau anpassen als ein guter *Sayre*, ist nicht so haltbar, ändert die Form leichter, ist viel theurer, namentlich wenn es nach einem halben Jahr dem Kind entwachsen und eine Erneuerung nöthig ist. Sehr gut ist das Filzcorset als Tutor für die Nachbehandlung.[1])

Im Uebrigen haben alle diese abnehmbaren Verbände den grossen Nachtheil, dass Patient und Angehörige sie entfernen, die Schnüre, Schnallen u. s. w. lockern, überhaupt daran ändern können.

Als Schlussfolgerungen aus unsern Erfahrungen möchten wir Folgendes aufstellen:

1) Alle Fälle von Spondylitis sollen möglichst früh in Behandlung kommen, und zwar wenn möglich in Anstaltsbehandlung, weil gerade im Anfang eine regelmässige ärztliche Aufsicht wichtig und eine gute consequente Ueberwachung und sorgfältig geschulte Pflege durchaus nöthig ist. Wir geben zu, dass allerdings in den ersten Anfangsstadien die Diagnose oft nicht leicht ist. Schmerz bei Druck auf die Proc. spin. ist nicht immer vorhanden, und auf das noch häufig geübte Verfahren, dem Patienten auf den Kopf oder auf die Schultern zu drücken oder gar zu schlagen, möchten wir, weil gefährlich, lieber verzichten. Wir haben ja eine Reihe anderer Erscheinungen, die uns früher und besser Anhaltspunkte geben. Der Patient fühlt Druck auf der Brust, er magert ab, der Appetit wird schlechter, er geht un-

[1]) Wenn *Sayre* von den andern Stützapparaten sagt, sie seien simply absurd, so bezieht sich das wohl namentlich auf diejenigen, die an dem Schultergürtel, der ja mobil ist, ihren Angriffspunkt haben, und ist in dieser allgemeinen Fassung zu weit gehend.



gerne, ermüdet leicht, nimmt schlechte Haltung an, lässt den Kopf hängen und stützt ihn gern, hält den Rücken steif, bückt sich nicht gerne und ist dabei ungeschickt, meistens ist der Patellarsehnenreflex erhöht, bei Knaben zeigen sich öftere Erectionen.

2) Für ganz ambulante Pflege werden sich nur wenige Fälle eignen. In der Regel sollten sich die Spitäler einrichten, Spondylitiskinder wenigstens für einige Wochen aufnehmen zu können, schwere Fälle für die ganze Zeit der Behandlungsdauer, und zwar der Infectionsgefahr wegen womöglich auf eigener Abtheilung.[1])

3) Nach Entlassung aus der Behandlung sollten die Kinder behufs Sicherung der erzielten Heilung noch längere Zeit in Reconvalescentenhäuser auf dem Lande (wie in London in's Cromwellhouse, von Hamburg nach Norderney, von Zürich nach Aegeri oder in geeigneten Fällen nach Rothenbrunnen oder Soolbad) geschickt werden können, wobei vorausgesetzt wird, dass die ärztliche Leitung dieser Anstalten mit der Technik und den Einzelnheiten des ganzen Verfahrens sich genügend vertraut gemacht hat.

Wenn wir die Resultate, die wir in der Behandlung der Spondylitis, namentlich mit dem *Sayre*'schen Verbande erzielt haben, überblicken, so können wir uns mit voller Ueberzeugung dem Ausspruch *König*'s anschliessen: „Noch vor Kurzem war die Krankheit eine wahre crux chirurgorum, und heutzutage gehört ihre Cur fast zu den dankbarsten Aufgaben der ärztlichen Kunst."

Ueber den Schlangenbiss.

Von Dr. **C. Kaufmann**, Docent in Zürich.

Vergangenen Sommer hatte ich einen Kreuzotterbiss bei einem Knaben zu behandeln. Dieser Fall gab mir Veranlassung, der Verletzung, welche ich bisher fast nur vom Hörensagen kannte, näher zu treten. Ich beschränkte mich jedoch auf die Bisse der Viper und Kreuzotter, die bei uns einzig vorkommenden Giftschlangen, und gab mir einige Mühe, die speciell in der Schweiz gemachten Beobachtungen über die Verletzung zu sammeln.

Die Krankengeschichte meines Falles lasse ich zunächst folgen.

Der 12jährige Knabe B. wurde den 27. Juli 1887, Mittags ½12 Uhr, in Richisau (Glarus) von einer Kreuzotter, die er am Halse anfasste, um sie vom Boden aufzunehmen, über dem Metacarpophalangeal-Gelenke des linken Zeigefingers gebissen. Der geistig sehr geweckte Patient sog sofort die Wunde aus, zugleich wurde ein festschnürendes Band über dem Handgelenke umgelegt. Die Schmerzen waren unbedeutend, indess stellte sich rasch Schwellung ein, welche schon innert 2 Stunden über die Schnürstelle am Handgelenke reichte, wesshalb das Band entfernt wurde. Herr Prof. *F.* aus Berlin incidirte um 3 Uhr, also etwa drei Stunden nach der Verletzung, die Bissstelle und ätzte die Wunde sammt Umgebung mit 50% Carbolsäurelösung. Patient wurde zu Bett gebracht und verbrachte eine ruhige Nacht ohne Fieber. Am Morgen hatte sich die Schwellung über den ganzen linken Arm ausgebreitet. Dies veranlasste den Transport nach Zürich, wo ich den Patienten den gleichen Abend um 6 Uhr, also 30 Stunden nach dem Unfalle sah. Seine Klagen sind: Brennen an der Wunde und ein Gefühl von Spannung und

---

[1]) Wie sehr häufig die Wirbelcaries ist, geht aus einer Zusammenstellung von *Billroth* und *Menzel* aus den Sectionsprotocollen des Wiener allgemeinen Krankenhauses hervor. Von fast 2000 Fällen von Caries an den verschiedenen Theilen des Knochengerüstes fällt ein starker Dritttheil auf die Wirbelsäule.



Schwere im ganzen linken Arme; Erbrechen hatte er nie, das Durstgefühl ist nicht vermehrt.

Er hat ganz normale Gesichtszüge, eine feuchte, nicht belegte Zunge, ruhigen, regelmässigen Puls, 37,1° Temperatur. An der Bissstelle eine 1½ cm. lange, lineäre, wenig klaffende Wunde, mit blutig gefärbtem Serum gefüllt; ihre Ränder sowie die Haut der Umgebung in der Ausdehnung eines Fünffrankenstücks weissgrau verfärbt; streifenförmig reicht diese Verfärbung bis an die Kleinfinger-Seite; in der Vola eine grosse Epidermisblase mit blutig serösem Inhalte, alles Zeichen der energischen Carbol-Aetzung. Hand, Vorder- und Oberarm sind stark geschwollen, ohne besondere Verfärbung der Haut; in der Umgebung der Wunde, in der Ellenbeuge, besonders aber über den grossen Gefässen in der Biceps-Furche am Oberarm und der stark und prall geschwellten Axilla besteht grosse Druckempfindlichkeit. Lymphgefässstränge oder Lymphdrüsen sind nirgends durchfühlbar.

Die Wunde wird mit Carbolöl und Watte verbunden, an den druckempfindlichen Stellen wird graue Salbe eingerieben und der Arm hochgelagert. Für den Morgen wird ein Laxans verordnet.

Den folgenden Morgen treffe ich den Patienten sehr munter; er hatte eine gute Nacht, Puls und Temperatur sind normal. Am Arme ist der Status ziemlich derselbe wie gestern; die Schwellung ist jedoch auf die Vorder- und Seitengegend der Brust fortgeschritten. Sie fühlt sich prall an, der Fingereindruck haftet aber nicht; jegliche Hautverfärbung fehlt, die Haut erscheint eher etwas blass gegenüber der gesunden Seite. Die Axillarschwellung hat teigige Consistenz, ist aber noch sehr druckempfindlich. Die Wunde und die verätzten Hautparthien werden mit Zinksalbe und Watte bedeckt. Den 30. und 31. Juli schreitet die Schwellung am Rumpfe noch beträchtlich weiter; sie reicht nach unten bis zur Leiste, nach hinten bis in die hintere Axillarlinie, vorne oben bis an die rechte Mamillarlinie, unten bis an den rechtsseitigen Darmbeinkamm. Der Allgemeinzustand bleibt unverändert vorzüglich, Zunge feucht, Puls und Temperatur normal; bei ruhiger Lage keine Schmerzen.

Vom 1. August ab, also am 5. Tage nach der Verletzung, beginnt im Bereiche der Schwellung, und zwar am Arme zuerst sichtbar, eine auffällige Hautverfärbung, die sich successive über den ganzen Schwellungsbezirk ausbreitet: die Haut wird erst leicht bläulich, dann grüngelb und endlich schön citronengelb; in der Axilla bleibt sie mehrere Tage blauroth marmorirt, um dann auch hier schliesslich die erwähnte Farbenveränderung durchzumachen. Am 3. August ist der Arm abgeschwollen und die Axilla nicht mehr druckempfindlich, doch noch stark geschwollen. Vom 5. August ab verliert sich die Schwellung am Rumpfe; in der Axilla lassen sich drei baumnussgrosse Lymphdrüsen palpiren. Die Bisswunde ist ganz geheilt, jedoch stösst sich die verätzte Haut in weiter Ausdehnung ab, so dass auf dem Handrücken und an den Zwischenfingerfalten granulirende Wunden resultiren.

Bei gutem Allgemeinzustand verlässt der Knabe den 8. August das Bett, nachdem die Schwellung und Hautverfärbung am Rumpfe und am linken Arme ganz verschwunden sind und die Drüsen in der linken Axilla sich schon etwas zurückgebildet haben. Die Wunden werden noch mit Zinksalbe verbunden.

Wie ich nach der Rückkehr aus den Ferien, Ende October 1887, den Patienten wiedersehe, ist die Heilung eine vollständige; nur haben sich im Bereiche der verätzten Hautparthien verdickte und unschöne Narben gebildet, die jedoch die Funktion der Finger nicht beeinträchtigen.

Während meiner Assistentenzeit kam ein Fall von Schlangenbiss an der *Kocher*'schen Klinik zur Beobachtung, bezüglich dessen ich mich noch an folgende Details erinnere:

Der Patient, ein Knecht, wurde im Jura nach seiner Aussage von einer Otter gebissen und kam vier Tage später in den Inselspital nach Bern. Die Wunde sass am Nagelgliede des rechten Mittelfingers, sie erschien als kleiner, oberflächlicher, flacher Hautdefect mit missfärbigem Belage. Finger und Hand waren geschwollen, am Arme bestand Lymphangitis und Lymphadenitis. Mit starker Jodtinctur wurde die Wunde bepinselt und antiseptisch verbunden, wonach die sämmtlichen Erscheinungen in wenig Tagen zurückgingen und Heilung erfolgte.

In den beiden Fällen bestanden keinerlei allgemeine, sondern nur locale Erscheinungen: Lymphangitis des Armes und Drüsenschwellung in der Achselhöhle im letzten, im ersten Falle bei unzweifelhafter Betheiligung der Lymphgefässe und Achseldrüsen ausgedehnte Schwellung des Armes und des grössten Theiles des Rumpfes, welche vom fünften Tage nach dem Bisse allmälige Verfärbung zeigte, dann langsam zurückging und mit der Heilung der Wunde sich verlor.

Die Häufigkeit des Vorkommens von Schlangenbissen in der Schweiz suchte ich in verschiedener Weise zu eruiren. Unser „Corr.-Blatt" hat seit seinem Bestehen keinen einzigen Fall publicirt und enthält überhaupt nur zwei kurze therapeutische Notizen über Schlangenbiss. Herr Dr. *de Cérenville* in Lausanne war so freundlich, mir zwei bezügliche Mittheilungen aus dem „Bulletin de la Soc. méd. de la Suisse romande" zu übermitteln, wofür ich an dieser Stelle ergebenst danke. *Nicati* [1]) berichtet 1870 über einen Fall von Viperbiss aus Algier. Die algerischen Vipern sind viel grösser als die unsrigen und die Verletzungen in Folge davon auch viel schwerer. Eine Beobachtung aus der Schweiz veröffentlichte 1879 Herr Dr. *Bugnion.* [2])

7½ Jahre alter Knabe wird den 22. Mai 1879 in die Volarseite der ersten Phalanx des linken Zeigefingers von einer Viper gebissen. Innert zwei Stunden Schwellung der Hand und ein Gefühl von Schwere im Arm. Am folgenden Morgen um 8 Uhr constatirt Dr. *B.* Schwellung des linken Armes und der Hand mit violetter Verfärbung. Der Arm kann kaum bewegt werden. Zunge belegt, kein Erbrechen, Puls 106. Die zwei Bisswunden sind scharf, einander parallel und 6 mm. von einander entfernt. Jodtinctur wird auf die Wunden applicirt und innerlich zum Schwitzen gegeben. Allgemeinzustand stets befriedigend. Die Schwellung nimmt zu, am 4. Tage erstreckt sie sich über die Schulter und die linke Seite der Brust, die Achseldrüsen sehr empfindlich. Vom 3. Tage ab erscheinen im Bereiche der Schwellung violette Ekchymosen. Die Schwellung der Hand geht den 5. bis 6. Tag, die des Armes den 7.—8. Tag zurück. Patient steht am 10. Tage auf.

Im Jahr 1877 wurde ein Vipernbiss auf der chirurgischen Abtheilung des Spitals zu Basel beobachtet, über den ich dem Jahresberichte des Herrn Prof. *Socin* Folgendes entnehme: [3])

Viperbiss bei einer Frau von 56 Jahren am rechten Kleinfinger. Beim Eintritt starke Schwellung des ganzen Armes und heftige Schmerzen; kein Fieber. Eis, kalte Umschläge, innerlich Liq. Ammon. caust. Heilung in 6 Tagen.

In sehr bereitwilliger Weise hat mir das eidgenössische statistische Bureau Mittheilungen über die ihm vorliegenden Daten aus den letzten 10 Jahren gemacht. In der Zusammenstellung der Sterbefälle nach Todesursachen, die jedes Jahr publicirt wird, finden sich unter Nr. 187 die Zoonosen aufgeführt; neben Milzbrand, Wuthkrankheit, Rotz, Insectenstich kommt der Biss von andern giftigen Thieren, und hiebei wird der Tod durch Schlangenbiss mitgezählt. In dem Decennium von 1877—1886 sind in der ganzen Schweiz 8 Todesfälle in der Rubrik „Biss von andern giftigen Thieren" vorgekommen und nach gütiger brieflicher Mittheilung des Herrn Adjuncten des statistischen Bureau sind wahrscheinlich 7 dieser Todes-

[1]) *Nicati:* Note sur les morsures de serpents venimeux. „Bull. de la Soc. méd. de la Suisse romande". 4e année 1870, p. 383.

[2]) *Ed. Bugnion:* Relation d'une morsure de vipère suivie de guérison. Ibidem 13e année 1879, p. 333.

[3]) Jahresbericht über die chirurgische Abtheilung des Spitals zu Basel im Jahre 1877, p. 59.



fälle auf Schlangenbisse zu beziehen. Die 8 Todesfälle in Folge „Biss von andern giftigen Thieren“ gehören folgenden Cantonen an: Bern 3 Fälle (1881: 2; 1882: 1); Aargau 2 Fälle (1880: 1; 1881: 1); Tessin 1 Fall (1885); Wallis 2 Fälle (1879 und 1885). Ich nahm mir die Freiheit, mich an die Sanitäts-Directionen der genannten Cantone zu wenden. Die Direction des Innern des Cantons Bern theilte mir mit, dass „weder das cantonale statistische Bureau noch das Sanitäts-Collegium von dem Vorkommen von Schlangenbissen während den letzten Jahren im Canton Bern Kenntniss habe“. Die Sanitäts-Direction des Cantons Aargau zog auf meine Anfrage Erkundigungen bei sämmtlichen Bezirksärzten des Cantons ein. Zwei Fälle wurden gemeldet, die ich hier folgen lasse:

1. Eine 34jährige Frau von Wittnau, Bezirk Laufenburg, wurde im Mai 1886 beim Rebenbrechen von einer grauen Natter zwischen den Fingern gebissen. Zu Hause rieb man ihr in der Angst Salmiakgeist ein, wonach starke Röthung, Schwellung der Haut des Handrückens und Vorderarms folgten. Diese Hautreizung bildete das Object der Behandlung von Seite des Arztes, es erfolgte rasche Heilung.

2. Im October 1884 kam in Zofingen ein junger Mann in Behandlung, welcher auf dem Hauenstein (Jura) beim Sammeln von Hagenbutten von einer Schlange, die er nicht genauer beschreiben kann, gebissen worden. Die Geschwulst der Hand und des Vorderarms dauerte etwa acht Tage, dann erfolgte Heilung.

Das ist Alles, was ich über das Vorkommen von Schlangenbissen in der Schweiz aus der jüngsten Zeit eruiren konnte. Den cantonalen Behörden sowohl wie dem eidgenössischen statistischen Bureau bin ich für ihr bereitwilliges Entgegenkommen zu besonderem Danke verpflichtet. Das gewonnene casuistische Material spricht schon durch die geringe Zahl der Fälle deutlich genug; es erlaubt in keiner Weise irgend welche Schlüsse bezüglich der Häufigkeit des Schlangenbisses bei uns in der Schweiz. Ich hoffe, dass meine Mittheilung die Veranlassung gibt zur Publication etwa vorgekommener Fälle; es wäre zu wünschenswerth, die heute noch zu Recht bestehenden Angaben der Autoren des vorigen und der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts durch eine brauchbare neuere Casuistik zu ergänzen und zu prüfen.

In jedem dem Arzte zu Augen kommenden Falle von Schlangenbiss wird zuerst die Frage der Prognose als practisch am wichtigsten aufgeworfen. Der von mir zuletzt beobachtete Fall legte mir dies vor Allem nahe, liess mich aber auch die so unbestimmten und kargen Angaben unserer Handbücher recht sehr fühlen. Zu meiner Orientirung sah ich die bezügliche Literatur nach und füge das Wichtigste des Gefundenen hier bei.

Die Arbeiten über Schlangengift beginnen zu Anfang des vorigen Jahrhunderts mit dem Italiener *F. Redi* (1724). Er entdeckte das Viperngift in der Giftdrüse und beschreibt es als eine „dem süssen Mandelöle ähnliche Feuchtigkeit“. Die wichtigste experimentelle Arbeit über Viperngift stammt von *F. Fontana*.[1]) Sie wird gegenwärtig noch immer citirt. Aus den Schlussworten des Verfassers kann man sich die beste Vorstellung machen über den Umfang der Arbeit: „Ich habe mehr

[1]) Sie lag mir in deutscher Uebersetzung und in einem Auszuge vor, die ich von der hiesigen Cantonsbibliothek benützen konnte. Erstere hat den Titel: *Felix Fontana*, Abhandlung über das Viperngift etc. 1. und 2. Band. Berlin, 1787 (Chr. Fr. Himburg). Der Auszug ist betitelt: *Felix Fontana's* Beobachtungen und Versuche über die Natur der thierischen Körper nebst einem Auszuge aus dessen Werke über das Viperngift. Aus dem Italienischen von *E. B. G. Hebenstreit*. Leipzig, Weygand'sche Buchhandlung, 1785.



als 6000 Versuche gemacht, mehr als 1000 Thiere von Vipern beissen lassen; ich habe mehr als 3000 Vipern gebraucht.“ (l. c. p. 270.) Ueber Prognose und Behandlung fasst *Fontana* seine Ansichten wie folgt zusammen: „Ob ich gleich nicht das Glück gehabt habe, ein sicheres specifisches Mittel wider den Biss der Viper zu finden, so habe ich doch das Vergnügen, dass ich dem Publicum versichern kann, dass der Vipernbiss nicht so gefährlich ist, als man ihn bisher allgemein geglaubt hat; und dass in dem Fall, da Jemand das Unglück gehabt hätte, gebissen zu werden, derselbe nicht an seinem Leben verzweifeln muss, wenn er auch kein Mittel gebrauchte.“

Fontana nimmt an, dass das Viperngift auf das Thier im Verhältniss seiner Menge wirkt. Aus seinen Versuchen findet er, dass für einen Sperling $1/_{1000}$ eines Grans und für eine Taube etwa 4 Mal mehr die tödtliche Dosis des Giftes sei. Da nun die Sperlinge durchschnittlich 1 Unze und die Tauben 6 Unzen schwer sind, so berechnet er (p. 161) als tödtliche Dosis des Viperngiftes für einen Ochsen von 750 Pfund Körpergewicht 12 Gran und für einen Menschen von 150 Pfund Körpergewicht 3 Gran. „Will man nun annehmen, dass eine Viper von mittelmässiger Grösse in ihrem Bläsgen zwei Gran Gift enthält, so wird das Gift von sechs Vipern erfordert, um einen Ochsen zu tödten, und beinahe das Gift von zwei für einen Menschen. Bedenkt man aber, dass eine Viper, welche beisst, nicht ohne Gift bleibt; dass sie bei jedem Bisse, wenigstens in den drei oder vier ersten fast mit gleicher Leichtigkeit ein Thier tödten kann, so wird man es nicht ganz unwahrscheinlich finden, dass vielleicht zwanzig Vipern nöthig sind, einen Ochsen, und fünf oder sechs, einen Menschen zu tödten.“ (p. 162.) Ich führe diese Stelle deswegen wörtlich an, weil sie am besten zeigt, dass die Angaben *Fontana*'s nur mit grösster Vorsicht für die Prognose verwerthet werden dürfen. Es verhält sich mit diesen Angaben ganz wie mit den sog. Gegenmitteln des Schlangengiftes. Es ist erstaunlich, wie im Vertrauen auf solche Mittel im vorigen Jahrhundert zahlreiche Menschen für „Geld und gute Worte“ sich öffentlich zur Demonstration von Vipern beissen liessen, ohne dass besondere üble Zufälle sich dabei ereigneten. Will. Olivier und seine Frau aus Bath (England) haben darin besondere Berühmtheit erlangt.

Die grösste Casuistik von Verletzungen durch Schlangenbiss findet sich in der Schlangenkunde von *H. O. Lenz* (Gotha, 1832). *Lenz* führt 47 Fälle von Verletzungen durch den Biss der Kreuzotter und 15 Fälle von Verletzungen durch den Biss der Viper an. Die letzteren interessiren uns deswegen noch besonders, weil zwei Beobachtungen aus der Schweiz stammen: eine von Dr. *Lantz* in Vevey vom 13. Juli 1818 (Biss in den Fuss bei einem Manne, Heilung in 15 Tagen); die andere von Dr. *Schwarz* in Lausanne vom 20. Juli 1822 (Biss in die Ferse bei einer 14jährigen Tochter. Heilung). Der Gegensatz verdient Erwähnung, der auch bei uns in der Schweiz sich geltend machte bezüglich der Anschauungen über die Gefahr des Schlangenbisses beim Menschen. „Es kommt in unserer Gegend ziemlich häufig vor, dass Leute von Vipern gebissen werden und Jedermann weiss, wie gefährlich dies ist, wenn nicht bald Hülfe geleistet wird“, so beginnt Dr. *Schwarz* seine Beobachtung, während *Wyder* in seinem Essai sur l'histoire naturelle des serpens de

la Suisse sagt: „Ich habe tausenderlei Geschichten von tödtlichen Vipernbissen gehört; doch ist mir kein sicheres Beispiel bekannt, wo ein Mensch daran gestorben wäre."

Die Alters- und Geschlechtsverhältnisse der Gebissenen aus der Casuistik von *Lenz* haben kein Interesse. Ueber den Ausgang der Verletzung ergibt sich Folgendes: Von 47 Fällen von Verletzungen durch Kreuzottern wurden geheilt 35 (74,5 %); davon waren unter 10 Jahren alt 9 (5 männlich, 4 weiblich), über 10 Jahre alt 24 (9 männlich, 15 weiblich), ohne Altersangaben 2; gestorben sind 12 (25,5 %), 1 männlich unter 10 Jahren, 9 (7 männlich, 2 weiblich) über 10 Jahre alt, 2 ohne Altersangaben. Von 15 Fällen von Verletzungen durch Vipern wurden geheilt 12 (80 %); davon waren 9 (8 männlich, 1 weiblich) über 10 Jahre alt, bei 3 fehlt die Altersangabe; gestorben sind 3 (20 %), 2 männlich unter 10 Jahren und 1 weiblich, 64 Jahre alt. Unter 62 Fällen von Verletzungen durch Schlangenbiss (Kreuzottern und Vipern) kommen 47 (76 %) Heilungen und 15 (24 %) Todesfälle vor. Ein Viertel sämmtlicher Bissverletzungen der bei uns einheimischen Giftschlangen enden lethal. Der Biss der Kreuzotter und der der Viper hat ungefähr dieselbe Dignität; die procentischen Differenzen sind zu gering, als dass sie nicht aus den verschieden grossen Zahlen erklärlich wären. Die Gebissenen des ersten Alters-Decennium habe ich deswegen ausgeschieden, weil man für sie allgemein eine grössere Mortalität annimmt. Unter den 3 lethalen Viperbissen betreffen 2 Fälle Kinder unter 10 Jahren (7½ und 2 Jahre alt); unter den Kreuzotterbissen dagegen stehen 9 Heilungen und 1 Todesfall derselben Altersklasse einander gegenüber.

Die Beziehungen der Stelle des Bisses zum Ausgange werden aus folgender Zusammenstellung ersichtlich, welche 53 Fälle mit bezüglichen Angaben umfasst.

Stelle des Bisses	Gesammtzahl der Fälle	Kreuzotter	Viper	Geheilt			Gestorben			Mortalitäts-% nach der Stelle des Bisses
				Kreuzotter	Viper	Total	Kreuzotter	Viper	Total	
Gesicht	3	2	1	1	—	1	1	1	2	66 %
Hand und Finger	15 (28 %)	9	6	6	6	12 (80 %)	3	—	3	20 %
Oberarm	2	2	—	1	—	1	1	—	1	
Schenkel	1	—	1	—	—	—	—	1	1	
Fuss und Zehen	32 (60 %)	28	4	24	3	27 (84,4 %)	4	1	5	15,6 %
Total	53	41	12	32	9	41	9	3	12	

Die von der Verletzung bevorzugten Stellen sind Fuss und Zehen (60 % aller Fälle) und Hand und Finger (28 %) entsprechend den gewöhnlichen Verumständungen, wonach die Gebissenen entweder absichtlich oder unabsichtlich barfuss auf die Schlangen treten oder sie mit den Händen erfassen. Diese Prädilektionsstellen der Verletzung zeigen fast dieselbe Mortalität (15,6 %

Fuss und Zehen, 20 % Hand und Finger). 3 Verletzungen betrafen das Gesicht mit 2 Todesfällen (1 Biss in die Zunge, 1 Wange).

Von Bedeutung für die Bestimmung des Verlaufes ist endlich noch der Zeitraum zwischen der Verletzung und dem Eintritte des Todes bei den lethalen Fällen. Die genauesten Angaben finden sich bei den 3 Todesfällen nach Viperbiss:

1) 2jähriges Kind, Biss in die Wange, Tod nach 3 Stunden.

2) 7½jähriges Kind, Biss in den rechten innern Knöchel, Tod nach 7 Stunden.

3) 64jährige Frau, Biss in den Schenkel, Tod nach 37 Stunden.

Von den 9 Todesfällen nach Kreuzotterbiss entbehrt 1 Fall der Zeitangabe, in 2 Fällen trat der Tod „kurze Zeit" nach der Verletzung ein, die übrigen Fälle weisen folgende Angaben auf: 1 Fall Tod 1 Stunde nach dem Biss; 1 Fall 1¼ Stunden; 1 Fall 1½ Stunden; 1 Fall 24 Stunden; 1 Fall 29 Stunden und 1 Fall Tod 5 Tage nach dem Bisse. Den letzten Fall muss man von den übrigen ausscheiden; am 5. Tage wurde die Amputation des Oberarmes wegen Brand ausgeführt und es darf daher fraglich erscheinen, ob der Tod als Folge der Verletzung oder des operativen Eingriffes anzusehen ist. Es ist das zudem der einzige Fall der ganzen Casuistik, in welchem eine wichtigere Operation vorgenommen wurde. Von den 11 Fällen mit genauer Zeitangabe erfolgte der Tod in 8 Fällen innert der ersten 24 Stunden nach dem Bisse und in 2 Fällen während des 2. Tages. Wenn demnach ein Gebissener die ersten 2 Tage überlebt, so kann mit aller Wahrscheinlichkeit eine günstige Prognose quoad vitam gestellt werden. Recht auffällig ist der foudroyante Verlauf von 3 Kreuzotterbissen: ein kräftiger Mann stirbt nach einem Bisse in den Zungenrücken nach 1 Stunde; eine 16jährige Tochter nach einem Bisse in den rechten Fussrücken in 1¼ Stunden und ein 39jähriger Mann nach einem Bisse in den rechten Daumen und Zeigefinger nach 1½ Stunden. Es muss hier eine so grausam rasche Giftwirkung angenommen werden, wie man sie sonst nur von den giftigsten Schlangen kennt.

In dem von *Bugnion* veröffentlichten Falle handelte es sich darum, die Verletzung gegenüber einer zufälligen Schürfung mit Sicherheit zu unterscheiden, und deswegen gibt der Autor eine sehr genaue Beschreibung des lokalen Befundes. Er macht darauf aufmerksam, dass die von den zwei Giftzähnen beigebrachten Wunden nicht Stichwunden sind, sondern kleinste Schnittwunden, „wie wenn sie mit der Spitze eines Federmessers beigebracht wären"; sie verlaufen einander parallel und haben eine Entfernung von 5—6 mm. Ich habe diese genauen Angaben nirgends sonst gefunden; sie sind zweifelsohne von Bedeutung für die Diagnose. Die Angaben von *Bugnion* bezüglich der Entstehung, Ausdehnung und spätern Veränderung der Schwellung decken sich ziemlich genau mit den ausführlichen Angaben in der Krankengeschichte meines Falles. Die sich in wenigen Tagen über eine ganze Extremität, ja einen grossen Theil des Rumpfes ausbreitende Schwellung mit der folgenden Farbenveränderung, wie man sie von den Ekchymosen kennt, hat etwas ungemein frappantes und lässt im Beginne an eine schwere Phlegmone denken, bis der ganz spontane Ablauf ihre wahre Natur documentirt.

Wenn 2—3 Tage nach der Verletzung noch diagnostische Momente vonnöthen sind, so ist die ausgedehnte Schwellung und Verfärbung der Haut bei Mangel heftiger Entzündungserscheinungen von entscheidender Bedeutung.

Für die Behandlung ergibt das mir vorliegende casuistische Material keine verwerthbaren Thatsachen. Die allerverschiedensten örtlichen und innerlichen Mittel kamen bei den einzelnen Fällen in Anwendung. Wie die mit Tod abgegangenen Fälle von Anfang an unrettbar verloren erschienen und allen Mitteln trotzten, so wenig liessen sich auch die glücklich verlaufenen in eclatanter Weise durch die Behandlung beeinflussen. Auf zahlreiche Fälle von Heilungen passen die Worte *Fontana*'s, die er bei Erwähnung zweier Heilungen nach Vipernbiss gebraucht: „Sie sind auf eine Art behandelt worden, die meiner Meinung nach mehr im Stande ist, sie umzubringen, als ihnen Hilfe zu verschaffen!“

Die Gefahr der Verletzung durch Schlangenbiss wird vor Allem bedingt durch die Menge des in die Wunde gelangten Giftes. Die Behauptung von *Fontana*, dass eine einzelne Viper niemals die für einen Menschen tödtliche Giftmenge besitze, findet durch die erwähnten Todesfälle nach der Verletzung ihre unmittelbare Widerlegung. Immerhin kann man annehmen, dass bei den glücklich verlaufenden Fällen — und diese bilden ja $^3/_4$ sämmtlicher Fälle — das Gift in ungenügender Menge zur Wirkung kommt. Trotzdem bildet die Hauptindikation der Behandlung, die Menge des Giftes zu verringern und seine Wirkung zu schwächen oder aufzuheben. Da feststeht, dass ein Kreuzotter- oder Viperbiss in einer Stunde zum Tode führen kann, so ergibt sich unmittelbar, wie rasch nach der Verletzung jener Indikation Genüge geleistet werden muss. Es empfiehlt sich gewiss immer, falls man früh einen Fall sieht, eine gehörig klaffende Incision durch die Bissstelle zu legen; die Spannung der Gewebe lässt sofort nach und mit dem Blute und der Gewebsflüsssigkeit, welche der Wunde entströmen, wird am sichersten die Giftmenge verringert. Der Versuch der Zerstörung des Giftes geschieht mittelst der Glühhitze (Thermocauter) oder den für Schlangenbisse von jeher bevorzugten Aetzmitteln: Liq. Ammonii oder Kali caustici.

Bezüglich der symptomatischen Behandlung verweise ich auf die Angaben der gebräuchlichen Hand- und Lehrbücher, die auch die experimentell und klinisch beobachtete Wirkung des Schlangengiftes eingehend schildern.

Zürich, den 13. April 1888.

Zur Erblichkeit des grauen Staares.

Von Dr. **Fr. Hosch** in Basel.

Dass gewisse krankhafte Zustände physischer und psychischer Natur in ähnlicher Weise bei verschiedenen Gliedern derselben Familie auftreten und sich auf einen Theil der Nachkommen vererben können, ist eine alt- und allbekannte Erfahrung. Eine ganze Reihe von hieher gehörenden Thatsachen aus eigener und fremder Beobachtung ist den Lesern des „Corresp.-Bl.“ vor einigen Jahren von unserm unvergesslichen Dr. *Baader* mitgetheilt worden.

Als Beispiele von Augenkrankheiten, deren hereditäre Uebertragung durch zahlreiche Stammbäume über allen Zweifel erhaben ist, kennen wir namentlich den

Daltonismus und die mit der Retinitis pigmentosa in engem Zusammenhang stehende Nachtblindheit oder Hemeralopie.

Mehr vermuthet als durch überzeugende Beobachtungen erwiesen war bis vor Kurzem die Erblichkeit des grauen Staares. Wohl hatte man die Erfahrung gemacht, nicht nur, dass in gewissen Familien der Altersstaar eine eigentliche Familienkrankheit bilde, sondern auch, dass bei den spätern Generationen der Beginn der Staarbildung schon in ein früheres Alter, etwa schon in die 30er Jahre, falle. Meines Wissens sind jedoch die ersten genauen, diese Annahme wirklich beweisenden Mittheilungen erst im Jahre 1884 von *Appenzeller* veröffentlicht worden.

Appenzeller, dessen Arbeit mir bis jetzt nur aus einem Referate bekannt ist, berichtet über 8 einschlägige Beobachtungen, die zum Theil wenigstens an einer Vererbung des Cataract nicht mehr zweifeln lassen.

Ich selbst habe in letzter Zeit Gelegenheit gehabt, eine Familie kennen zu lernen, welche, obschon nur aus relativ wenig Köpfen bestehend, doch in auffallender Weise für eine solche hereditäre Uebertragung spricht.

Vor ca. 5 Jahren kam eine damals 42 Jahre alte Frau in meine Sprechstunde mit der Klage, dass seit $^1/_2$ Jahr ihr Sehvermögen bedeutend abnehme. Ich fand beidseits zahlreiche radiäre Linsentrübungen. Am 5. Mai 1886 wurde das linke Auge — trotz schlechten Allgemeinbefindens — mit vollem Erfolge (S $^1/_2$ Hm 10,0) operirt.

Ende 1887 constatirte ich bei dem 69jährigen Onkel dieser Patientin eine grosse scheibenförmige Trübung im hintern Theil der Corticalis, während die vorderen Parthien noch ganz durchsichtig waren. Durch vorbereitende Iridectomie und Cortextritur nach *Förster* wurde rechts der Staar zur Reife gebracht und am 29. Februar 1888 mit vollstem Erfolge (S.schw. 1, H 7,0) extrahirt. Heute ist auch das linke Auge operationsfähig.

Bald darauf kam der 29jährige Neffe dieses Patienten, ein Stiefbruder der erst Operirten, bei welchem ich schon früher Linsentrübungen nachgewiesen hatte, mit der Klage, dass ihm ein Weiterarbeiten wegen rasch abnehmender Sehschärfe unmöglich sei. Auch hier war nur die hintere Corticalis getrübt. Iridectomie und Cortextritur führten rasch zur allgemeinen Linsentrübung, so dass am 4. Juni dieses Jahres links die Extraction konnte vorgenommen werden. Nach 4 Wochen war mit + 11,0 S 1 erzielt.

Diese dreimalige Beobachtung von grauem Staar in derselben Familie, namentlich bei zwei Gliedern, deren Alter die senile Form desselben ausschloss, musste auffallen und habe ich mich daher bemüht, auch über die andern Familienmitglieder etwas Näheres zu erfahren. Es ergab sich hiebei Folgendes:

Die Grossmutter des zuletzt Operirten war im höhern Alter an grauem Staar erblindet und Anfangs der Sechziger Jahre — ohne Erfolg — operirt worden.

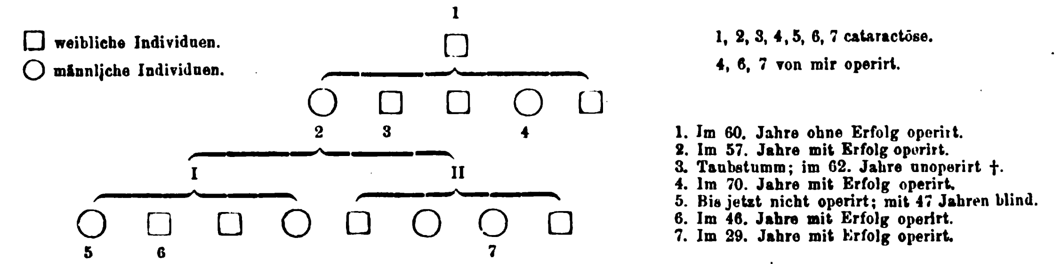
Diese Frau hatte fünf Kinder: drei Töchter und 2 Söhne. Zwei Töchter starben in verhältnissmässig frühem Alter, verheirathet; etwas Näheres konnte ich nicht erfahren. Eine — taubstumme — Tochter erblindete mit 62 Jahren an grauem Staar, starb aber bald, unoperirt und unverheirathet. Einer der Söhne ist der erwähnte, im 69. Jahre von mir Operirte. Derselbe lebt in kinderloser Ehe.

Der älteste Sohn endlich wurde im 57. Jahre von Dr. *Recordon* mit Glück operirt und erfreute sich noch längere Zeit eines guten Sehvermögens.

Aus seinen zwei Ehen stammen jeweilen vier Kinder: die zuerst angeführte Patientin aus erster, der letzt operirte 29jährige aus zweiter Ehe. Ausserdem hat sich seither der älteste Sohn aus erster Ehe zur Untersuchung gestellt; derselbe ist heute 53 Jahre alt und seit 4—5 Jahren links an Cataract erblindet. Auch das rechte Auge zeigt ziemlich vorgeschrittene Staarentwicklung.

Wir bekommen also den beifolgenden Stammbaum, der kaum einen Zweifel

darüber aufkommen lässt, dass in dieser Familie die Staarbildung eine ganz besondere Rolle spielt, die wir eben als Vererbung auffassen müssen.



Hätten wir nur mit den Personen aus erster und zweiter Generation zu thun, bei denen die Cataract erst im höhern Alter, in der zweiten Hälfte der Fünfziger Jahre und später, auftrat, so könnten wir uns mit der Annahme eines gewöhnlichen Altersstaars zufrieden geben, der sich eben hier zufälliger Weise ganz besonders cumulirt hätte.

Wir pflegen diese — senile — Staarform zu betrachten als einen Ausdruck der allgemeinen Gewebedegeneration, wie sie dem höhern Alter eigenthümlich ist. Wir sehen, wie die Haut ihre Elasticität verliert und runzlig wird, wie das Haar ergraut und ausfällt. Warum sollte nicht auch die Linse, welche entwicklungsgeschichtlich durchaus zu jenen Organen zu zählen ist, Theil nehmen an den senilen Veränderungen, welchen jene zum Opfer fallen?

Nun aber sind wir gewohnt, dieser Altersdegeneration nicht vor dem fünfzigsten Jahre zu begegnen. Gelegentlich ist dies aber doch der Fall, und zwar besonders eben in den spätern Generationen von Familien, bei welchen der Verdacht einer erblichen Disposition durch das wiederholte Auftreten derselben Krankheit nahe gelegt wird.

Dies trifft nun bei der uns beschäftigenden Familie in hohem Maasse ein, indem die Grosskinder lange vor der gewohnten Zeit, und namentlich ohne dass andere Zeichen auf ein „Senium präcox“ gedeutet hätten, von der Staarbildung befallen wurden. Charakteristisch ist auch, dass der Repräsentant der zweiten Ehe, der gewissermaassen einer noch spätern Generation angehört, wieder früher erkrankt, als die aus erster Ehe stammenden.

Auf eine Kritik der Hypothesen, welche Physiologie und Embryologie zur Erklärung einer Vererbung solcher pathologischer Dispositionen aufstellen, wage ich mich nicht einzulassen. Ich will nur mittheilen, was *Ziegler* in seinem ausgezeichneten Lehrbuche der pathologischen Anatomie über diesen Gegenstand sagt: „Die Entstehung aller dieser zweifellos sich weiter vererbenden krankhaften Zustände ist mit grosser Wahrscheinlichkeit darauf zurückzuführen, dass unter dem Einfluss nicht näher gekannter Zustände des Organismus in den Keimzellen oder in dem aus dem befruchteten Ei sich entwickelnden Embryo eine derartige Aenderung eintritt, dass dadurch sich auch bei dem ausgebildeten Individuum pathologische Zustände zeigen. Mit dieser Aenderung des Keimes ist auch die pathologische Varietät des fertigen Organismus gegeben und überträgt sich danach auch auf die Geschlechtszellen des letztern und durch diese auf die weitern Nachkommen.

Möglich ist auch, dass unter Umständen eine Verbindung normaler, aber zur Copulation ungeeigneter Geschlechtskerne zum Ausgangspunkt einer pathologisch constituirten Familie wird."

„Kann man die Thatsache, dass mässig begabte Eltern zuweilen unter ihren Kindern ein Genie erzeugen, durch eine glückliche Copulation zur Verbindung besonders geeigneter Ei- und Spermakerne erklären (*Weissmann*), so erscheint es nicht unangemessen, anzunehmen, dass eine Verbindung nicht zusammen passender Kerne unter Umständen zur Bildung eines Individuums mit pathologischer Constitution führt. Ist einmal eine solche Variation entstanden, so kann sich deren Eigenthümlichkeit auf ihre Nachkommen vererben und sich, da beim Menschen pathologische Individuen nicht, wie bei Thieren, durch Zuchtwahl eliminirt werden, durch eine lange Reihe von Geschlechtern erhalten. Ein Ende dieser Vererbung wird erst dann eintreten, wenn die Nachkommenschaft ausstirbt, oder wenn durch günstige Beeinflussung der Keimzellen oder durch eine günstige Copulation der pathologischen Keimzellen mit gesunden eine neue, gesunde Varietät sich bildet."

„Die Ursachen der ersten Variation des Keimes, die zur Bildung des ersten pathologischen Individuums führen, entziehen sich der Erkenntniss; doch ist es denkbar, dass die Störung von krankhaften Zuständen des elterlichen Organismus ausgeht."

Soweit *Ziegler*. Nun hat *Schön* in einem im letzten Hefte des „Archiv für Augenheilkunde" publicirten Aufsatze den Versuch gemacht, die Vererbung speciell des grauen Staares auf einfachere Weise zu erklären.

Nach ihm soll nämlich der Altersstaar dadurch entstehen, dass bei der Accommodation die vordern und mittlern Ansätze der Zonula an der Linsencapsel gezerrt und dadurch die Kapselepithelien zur Wucherung gereizt werden. Die im Beginne der Altersstaars vorhandenen streifigen äquatorialen Trübungen sollen dann gewissermaassen die Ansätze jener Fasern markiren. Es ist einleuchtend, dass in hypermetropischen und astigmatischen Augen, welche zu besonders hochgradigen Accommodationsanstrengungen Anlass geben, auch diese Folge häufiger auftreten muss.

Nun nimmt *Schön* gestützt hierauf an, dass die Vererbung des grauen Staares nur eine scheinbare sei, und dass es sich in Wirklichkeit um Vererbung von Hypermetropie und Astigmatismus und deren Folgen handle.

Suchen wir diese Theorie auf unsere Familie anzuwenden, so ergibt sich Folgendes:

Bei dem mit 4 bezeichneten Patienten war bei der ersten Untersuchung die Krankheit bereits zu weit vorgeschritten, als dass noch eine genaue Sehprüfung möglich gewesen wäre. Doch ist aus der Schwäche des später bestimmten Staarglases (+ 7,0) mit Sicherheit zu schliessen, dass er nicht hypermetrop gewesen sein konnte, wahrscheinlich aber myop gewesen sein musste.

Bei Patient 5 wirkten sowohl Convex- als Concavgläser ungünstig auf die Sehschärfe des noch brauchbaren Auges.

Bei Patient 6 war früher, als das Sehvermögen noch ziemlich normal war, M 4,0 bestimmt worden.

Bei Patient 7 hatte eine am 18. Mai 1876 vorgenommene Untersuchung beidseits S 1 E bei leichter Insufficienz der Interni ergeben.

Also in keinem der vier Fälle ist die von *Schön* postulirte Hypermetropie resp. Astigmatismus nachzuweisen. Die ganze Hypothese scheint mir überhaupt etwas schwach fundirt zu sein durch die von ihm mitgetheilten Beobachtungen, welche sich jeweilen nur auf zwei, höchstens drei verwandte Personen beziehen. Es ist das eine viel zu geringe Ausbreitung der Krankheit, welche meiner Ansicht nach noch lange nicht die Annahme einer erblichen Disposition gestattet.

Vereinsberichte.

Schweiz. Naturforscherfest in Solothurn.

Sitzung der medicinischen Section der schweizer. Naturforscher-Gesellschaft, der ärztlichen Gesellschaft des Cantons Solothurn und des Vereins jüngerer Aerzte und Apotheker von Solothurn und Bern im Cantonsrathssaale den 7. August 1888.

Nach 8 Uhr Morgens fanden sich im genannten Locale gegen 60 Mediciner ein. Herr Dr. *A. Kottmann*, Spitalarzt, eröffnete mit kurzen Worten die Versammlung. Auf seinen Vorschlag hin wurde Herr Prof. Dr. *His* aus Leipzig als Tagespräsident gewählt. Als Schriftführer wurde *E. Schwander*, Assistenzarzt in Solothurn, bestimmt. Nun begann die ernste wissenschaftliche Arbeit.

I. Vortrag: Herr Prof. Dr. *Lichtheim*, Bern. **Ueber hereditäre, progressive Muskelatrophie.**

Der Vortragende theilt Beobachtungen über eine bisher noch nicht bekannte Form von hereditärer, progressiver Muskelatrophie mit. Zunächst berichtet er über den gegenwärtigen Stand unserer Anschauungen über diese Krankheit und betont, dass man sie gegenwärtig wohl ziemlich allgemein für eine reine Muskelerkrankung halte, während diejenigen Fälle, die man früher für eigentliche Krankheitstypen ansah, nach ihrem anatomischen Befunde fast alle in den Rahmen der amyotrophischen Lateralsclerose gehören, andere auch in den der Bulbärparalyse.

Die von dem Referenten mitgetheilten Beobachtungen betreffen drei Brüder; ein vierter (der zweitjüngste) Bruder ist gesund; analoge Erkrankungen bei den Vorfahren sind nicht bekannt. Der jüngste Bruder, ein 30jähriger sonst gesunder Mann, suchte Zuflucht im Inselspital. Bei seiner Aufnahme hielt man sein Leiden für eine spinale Affection. Er zeigte bedeutende Schwäche und Atrophie der kleinen Handmuskeln, in geringerem Grade auch der Strecker an den Vorderarmen, am ganzen Körper auffallend reichlich fibrilläre Zuckungen; in den atroph. Muskeln hatten sie wenig den Charakter des Muskelflimmerns; sie betrafen vielmehr die atroph. Muskeln als Ganzes und führten zu kleinen Locomotionen der von ihnen bewegten Theile; starke Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit der beiden Stromesarten in den atroph. Muskeln; im Abductor pollicis brevis der rechten Hand zeigte sich die träge Zuckung der Entartungsreaction. Was einzig gegen eine spinale Affection sprach, war die Angabe, dass zwei Brüder analoge Störungen zeigten.

Die weitere Untersuchung liess aber sehr auffallende Veränderungen an den Füssen erkennen. Beim Liegen waren die Grundphalangen der Zehen stark überstreckt, so dass die Extensorensehnen stark prominirten; die Zwischenknochenräume waren bedeutend eingesunken. Patient hatte auf die Verbildung der Füsse kein Gewicht gelegt, da sie ihn im Gehen nicht störte; beim Stehen glich die Belastung der Füsse die Difformität aus. Nur beim Tragen schwerer Lasten empfand er einige Schwäche in den Füssen.

Während sich die Störungen der obern Extremität innerhalb der letzten zwei Jahre entwickelten, existirte die Verbildung der Füsse schon seit langer Zeit. Patient glaubt,

dass er bis zum 7. Lebensjahre normale Füsse gehabt habe. Seit langem schon ist der Zustand der Füsse stabil.

Genau dieselben Veränderungen zeigten die beiden ältesten Brüder, welche der Vortragende ebenfalls kannte. Beim ältesten Bruder waren die Klauenfüsse in noch höherem Grade ausgebildet. Ihre Entwicklung begann im 6. Jahre. Die Atrophie der Handmuskeln hingegen war etwas geringer als beim jüngsten, obschon ihr Beginn schon 6 Jahre zurückdatirt. Fibrilläre Zuckungen wie beim jüngsten Bruder; einfache Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit gegen beide Stromesarten in den atroph. Muskeln; Entartungsreaction nicht nachweisbar.

Der zweitälteste Bruder bot die gleichen Erscheinungen dar, nur durchwegs in viel geringerem Grade.

Es handelt sich also in diesem Falle um eine neue Form der hereditären progressiven Muskelatrophie, die im jugendlichen Alter in der Musculatur der Füsse beginnend, später auf die Handmuskeln übergreift. Sie charakterisirt sich durch ihren sehr langsamen Verlauf und die geringe Neigung zur Progression.

II. Vortrag: Herr Prof. Dr. *His*, Leipzig. **Ueber die Entwicklung der Medulla oblongata.** (Fortsetzung des am Naturforscherfest in Frauenfeld gehaltenen Vortrages.)

Referent berichtet an Hand von Zeichnungen über die Entwicklung der Medulla oblongata. Am Ende des ersten Entwicklungsmonats ist beim Menschen ihr Querschnitt einfach beschaffen; die dicke Seitenwand des Rohres gliedert sich in eine ventrale und eine dorsale Hälfte. Auf der Grenze beider liegt, nahe an der Oberfläche und von Zellen unbedeckt, die aufsteigende Glossopharyngeus- und Vagus-Wurzel oder der Tractus solitarius.

Später biegt sich die dorsale Hälfte der Medullarwand seitlich um und die umgebogenen Parthien (Rautenlippen) verwachsen mit dem anstossenden Theil; nunmehr rückt ein an Mächtigkeit zunehmender Complex von Zellen aus dem Gebiet der Rautenlippe in der Richtung gegen die Mittellinie vor. Der Tractus solitarius wird von diesem Zellencomplex umgriffen und bekommt dadurch mehr und mehr eine tiefe Lage statt der ursprünglich oberflächlichen. Die am meisten medialwärts vordringenden Bestandtheile des erwähnten Zellencomplexes werden zu den Oliven und Nebenoliven und deren Axencylinder schlagen die Richtung nach der Raphe ein. Die Durchkreuzung der primär vorhandenen Faserbahnen und Zellenlagen durch die secundär hinzugekommenen bedingt die definitive Complication des betreffenden Gebietes.

III. Vortrag: Herr Dr. *Hammerschlag* aus Wien, in Bern. **Ueber bacteriologisch-chemische Untersuchung der Tuberkelbacillen.**

Als Einleitung erwähnt Redner die hohe Bedeutung der bacteriologisch-chemischen Untersuchungen, speciell weist er auf die Arbeiten *Nencki*'s und *Brieger*'s hin. Sodann referirt er über die vorläufigen Resultate einer bei Herrn Prof. *Nencki* in Bern begonnenen Arbeit über die Tuberkelbacillen.

Bei diesen Studien wurden zunächst die Wachsthumsbedingungen der Tuberkelbacillen experimentell untersucht durch Züchtungsversuche auf verschiedenem Nährboden. Auf dem von *Nocard* und *Roux* angegebenen Nährboden, auf 5% Glycerin-Peptonagar und 5% Glycerin-Peptonbouillon kann man sie im Grossen sehr gut züchten und beobachtet auf ersterem 4—5, auf letzterem 7—8 Tage nach der Impfung das erste Wachsthum; nach 7—8 Wochen erhält man eine ziemlich reichliche Cultur. Das Glycerin lässt sich auch ersetzen durch Mannit und Traubenzucker, die Natronsalze durch Kalisalze, ohne dass sich ein Einfluss auf das Wachsthum bemerkbar macht. Dagegen misslang der Versuch, Pepton durch Tyrosin zu ersetzen.

Ein sehr gutes Nährmedium für Tuberkelbacillen bildet ein Hefedecoct (das mit 5% Glycerin versetzt wird), auf welchem man ca. 4—5 Wochen nach der Impfung eine sehr reichliche Cultur erhält, die aus grossen, zähen, fest zusammenhängenden, im untern Theil der Flüssigkeit schwimmenden Ballen besteht.

Die Analyse der Bacillen ergab: Wassergehalt: 88,82%,
Trockensubstanz: 11,18%.

In der Trockensubstanz waren enthalten: In Alcohol und Aether lösliche Stoffe: 22,7%. Die nach der Extraction mit Alcohol und Aether zurückgebliebene Substanz enthielt: Asche 8,0 %, C 51,02%, H 8,07%, N 9,09%.

Auffällig ist die grosse Menge der in Alcohol und Aether löslichen Stoffe, wodurch sich die Tuberkelbacillen von andern bisher untersuchten Bacterien zu unterscheiden scheinen.

Thierversuche zeigten, dass in diesem Alcohol-Aetherextracte eine giftige, tetanisch wirkende Substanz enthalten sei. Da der Vortragende diese letztere jedoch noch nicht rein darstellen konnte, so muss er diese Beobachtung noch mit einiger Reserve erwähnen.

IV. Vortrag: Herr Dr. *von Monakow,* Docent in Zürich. **Ueber die Bedeutung der verschiedenen Ganglienzellenschichten im Gyrus sigmoideus der Katze.**

Er berichtet über die secundären Atrophien in der Rinde des gyrus sigmoid. nach Durchtrennung der vordern Abschnitte der innern Capsel bei einer neugebornen Katze. Das Thier lebte 6 Monate. Die Operation geschah durch Eindringen mit dem scharfen Löffel vom Gyrus coronarius aus, dicht hinter der Grenze des Gyr. postcruciat. (Gyr. sigmoid.). Der grösste Theil des Parietalhirns wurde geschont; das Occipitalhirn blieb ganz unlädirt.

Der bemerkenswertheste Befund dieses Gehirns zeigt sich im Thalamus optic. und in der Pyramidenbahn, welche hochgradige Degeneration verriethen. Die vordern Parthien des äussern Sehhügelkernes und der Gitterschicht waren beträchtlich geschwunden; daran anschliessend partielle Atrophie der Rindenschleife und der gekreuzten Kerne der Hinterstränge (*Goll*'scher und *Burdach*'scher Kern), ein neuer Beweis für die vom Vortragenden zuerst betonte Abhängigkeit letzterer Kerne vom Parietalhirn („Corr.-Blatt für Schweizer-Aerzte“ 1884, Nr. 6 und 7).

Der nahezu totale Schwund der Pyramidenbahn bewies, dass ihr Antheil in der innern Kapsel zum grössten Theil durchtrennt worden war. Wie bei der im „Corr.-Blatt“ 1884, Nr. 6 und 7 erwähnten des Parieto-Occipitallappens und des Pyramidenantheils der innern Capsel beraubten Katze zeigte sich auch hier secundäre aufsteigende Degeneration im Stabkranz und in der Rinde des Gyrus sigmoid., in der letztern lediglich Atrophie der 3. Schicht, d. h. der Riesenpyramidenzellen.

Der Vortragende fasst diese secundäre Atrophie des Gyr. sigmoid. als eine durch die Durchtrennung der Pyramidenfasern bedingte auf. Durch vorliegenden Versuch sei es ziemlich sicher, dass die Pyramidenfasern den *Betz*'schen Zellen entstammen, welcher Schluss allerdings dem *Waller*'schen Gesetze (das auch schon von *Forel* als unrichtig angesehen) widerspricht.

Redner ist überhaupt der Meinung, dass in der ganzen Grosshirnrinde nur die grossen Pyramidenzellen der 3. Schicht Axencylinder in die innere Capsel entsenden, dass die kleinen Pyramidenzellen und ein Theil der Ganglienzellen der centralen Schichten den Commissuren- und Associationsfasern Ursprung geben. In der tiefsten (5.) Schicht der Rinde sind aber zellige, nervöse Elemente anzunehmen, deren Axencylinder in dem Nervennetze sich blind auflösen (Ganglienzellen 2. Categorie von *Golgi*); in dieselben Nervennetze lösen sich aber auch die den Ganglienzellen des Thalamus optic. entstammenden Axencylinder, die der Rinde zustreben. Die Verbindung zwischen diesen und jenen Zellen der ventralen Schicht, vom Redner „Spaltzellen“ genannt, ist eine indirecte, durch die Grundsubstanz vermittelte. Die meisten Endigungen der Stabkranzfasern in die Rinde müssen in dieser Weise gedacht werden. — Zum Schluss wurden darauf bezügliche microscopische Präparate demonstrirt. Ausführlicheres wird an einem andern Orte erscheinen.

V. Vortrag: Herr Dr. *E. Emmert*, Docent der Ophthalmologie, Bern. **Die unmittelbaren Ursachen der Kurzsichtigkeit.**

Der Vortragende betont, dass man gegenwärtig die Axenverlängerung des Bulbus, worin ja die Myopie besteht, wesentlich mechanischen Einflüssen zuzuschreiben habe, die

etwa von innen nach aussen oder umgekehrt wirken. Fünf Hypothesen sind es hauptsächlich, die im Laufe der Jahre über die Genese der Myopie aufgestellt wurden.

Die eine beschuldigt den intraocularen Druck, der, namentlich unter Mithülfe der für's Sehen in die Nähe nothwendigen Convergenz, bei angeborner Disposition oder ohne solche, unter Zuhülfenahme einer localen oder allgemeinen Chorioiditis oder Sclero-Chorioiditis eine Ausdehnung der Sclera nach hinten bewirken soll.

Eine zweite Hypothese beschuldigt den Accommodationsmuskel, insofern bei Zusammenziehung desselben beim Sehen in die Nähe und in noch höherem Grade bei Accommodationskrampf die Chorioidea von hinten nach vorn gezogen werde und dadurch einerseits jene ophthalmoscop. sichtbaren Veränderungen auf der Temporalseite des N. optic. zu Stande kommen, andererseits eine Chorioiditis und Sclero-Chorioiditis eingeleitet werde, die zu einer Lockerung des Scleralgewebes führe, wodurch die hintere Bulbuswand dem intraocularen Druck nicht widerstehen könne.

Beide Theorien widerlegt der Vortragende.

Die drei folgenden Theorien stützen sich auf zahlreiche Untersuchungen an Lebenden, Leichen und an Schädeln.

Die *Emmert*'sche Ansicht geht dahin, dass bei Convergenz und leichtem Abwärts-Blicken, wie es bei allen Beschäftigungen in der Nähe vorkommt, der M. rectus ext. die zwischen ihm und dem Sehnerven liegende Fettmasse und damit gleichzeitig den N. optic. selbst nasalwärts drängt. Dadurch entstehen jene ophthalmoscopischen Bilder um den Sehnerven herum, wie Schiefstellung, Vertiefung, Drehungsatrophie der Chorioidea, ganz besonders auch Ablösung der Duralscheide des N. optic. von der temporalen Aussenseite der Sclera, was fast immer anatomisch nachzuweisen ist, und wodurch die hintere Bulbuswand geschwächt wird und daher dem intraocularen Druck nachgibt.

Eine folgende Hypothese erklärt sämmtliche Erscheinungen und Veränderungen aus zu geringer Länge des N. optic., in Folge dessen bei jeder Drehung des Auges nach innen und innen unten eine Zerrung desselben am Auge stattfindet. (Ansicht von Dr. *Hasner* in Prag, neuerdings von *Weiss* in Heidelberg unterstützt.)

Die letzte Theorie findet die Ursache der Bulbusverlängerung und damit verbundener Veränderungen am Augapfel in der bei Convergenzdrehungen und Abwärtsrollungen des Bulbus nothwendigen, gleichzeitigen Thätigkeit des M. rect. int. und des M. obliq. sup., dadurch soll ein die Verlängerung der Augenaxe begünstigender Druck auf das Auge ausgeübt werden, welcher Druck namentlich bei flachem Aufliegen des M. obliq. sup. auf dem Bulbus, d. h. bei niedriger Augenhöhle (was besonders bei Myopen der Fall sei) wirksam sei. (Ansicht von Dr. *Stilling* in Strassburg.)

Zum Schluss sagt der Vortragende, dass erst dann sichere Anhaltspunkte für die unmittelbaren Ursachen der Myopie werden gefunden werden, wenn einmal eine grössere Anzahl von Normalsichtigen, Myopen und Hypermetropen schon im Leben und dann nach dem Tode ganz genau auf alle diese Gesichtspunkte hin werden untersucht worden sein.

(Schluss folgt.)

Referate und Kritiken.

Vergiftung durch die Speiselorchel (Helvella esculenta) in Folge von Ptomainbildung.

Von Dr. *G. Jonquière*, *B. Studer* jun., Prof. Dr. *Demme* und Dr. *J. Berlinerblau*. — Separatabdruck aus d. Mitth. der naturf. Ges. in Bern. Bern, K. J. Wyss, 1888. 8°. 33 S.

Zu Ende des letzten Jahres fand bei einem Berner Arzte eine auffallende Vergiftung durch die unter normalen Verhältnissen unschädliche Speiselorchel statt, was sodann zu einer botanischen, pharmakologischen und chemischen Untersuchung des Falles führte. Die vom hygienischen und toxikologischen Gesichtspunkte aus gleich sehr interessanten Ergebnisse der bezüglichen Versuche sind in diesem Schriftchen in vier besondern Abschnitten mitgetheilt, deren Quintessenz hier in Kürze mitgetheilt werden mag.

Die in getrocknetem Zustande gekauften Pilze, welche 5—6 Stunden nach ihrem

Genusse Vergiftungserscheinungen hervorriefen, die sich namentlich in einer Affection des Unterleibs und in Brechanfällen äusserten, wurden von Apotheker *B. Studer* botanisch untersucht und erwiesen sich als Helvella esculenta. Bei diesem Anlasse erörtert der als gewiegter Pilzkenner bekannte Autor des botanischen Theils an der Hand der neuesten Literatur und besonderer Correspondenz mit Autoritäten der Pilzkunde die Frage nach der Existenz der lange Zeit hindurch neben Helvella esculenta als nahe verwandt adoptirten zweiten Species H. suspecta, welche durch gewisse morphologische Merkmale und häufige Giftigkeit sich von der unschädlichen Species H. esculenta unterscheiden sollte. Das Ergebniss dieser Studie führt zu der Annahme, dass H. suspecta als eigene Species nicht existirt und lediglich eine durch Standort, Alter und Feuchtigkeitsgehalt bedingte Form der H. esculenta darstellt, welche, wie andere essbare Pilze, unter besondern Umständen giftige Eigenschaften annehmen kann. Der pharmakologisch-toxikologische Abschnitt berichtet über die im Institut des Herrn Prof. *Demme* vorgenommenen Versuche mit einem Decocte der betreffenden Pilze, sowie mit den pulverisirten Decoctrückständen. Es resultirte dabei die Thatsache, dass das Decoct energisch toxisch wirkte und ein Vergiftungsbild ergab, welches einerseits eine besonders bei Kaltblütern auffallende Uebereinstimmung mit der Curarewirkung, und andrerseits eine nicht zu verkennende Analogie mit der Muscarinwirkung zeigte, während mit den pulverisirten Decoctresiduen keine verwerthbaren Ergebnisse erhalten wurden. Die beschriebenen Wirkungen zeigen die auffallendste Aehnlichkeit mit denjenigen des Neurins, welche Verbindung häufig als „Toxin," d. h. als giftiges Ptomain aufzutreten scheint, zunächst bei Fäulniss thierischer Eiweissstoffe, sodann aber zweifellos auch bei Zersetzungen vegetabilischer Substanzen. Die mit dem Pilzdecocte erzielten Intoxicationen zeigten vollkommene Uebereinstimmung mit denjenigen, welche mittelst der Platinverbindung eines (durch Herrn Dr. *Berlinerblau*) aus den Pilzen dargestellten Alcaloides (Neurin ?) erzielt wurden.

„Die mitgetheilten Untersuchungen", so schliesst der interessante pharmakologisch-toxikologische Abschnitt von *R. Demme*, „weisen unzweifelhaft nach, dass sich in un„schädlichen und somit essbaren Pilzen, durch unzweckmässige Behandlung derselben „beim Sammeln und Trocknen, Fäulnissalcaloide entwickeln können, welche selbst „durch das der Zubereitung der Pilze vorhergehende vorschriftsmässige mehrfache Ab„brühen mit kochendem Wasser (und Abgiessen des letzteren) weder zerstört noch „entfernt werden und somit beim Genusse dieser Pilze ihre toxische Wir„kung auf den Menschen zu äussern vermögen."

Einen werthvollen Abschluss dieser toxikologischen Studie bilden die von Dr. *J. Berlinerblau* ausgeführten chemischen Untersuchungen, deren Zweck die Isolirung der toxischen Principien war und welche mit specieller Berücksichtigung giftiger basischer Verbindungen durchgeführt wurden, nachdem sich ergeben hatte, dass die s. Z. von *Boehm* und *Külz* aus Helvella isolirte Helvellasäure bei der vorliegenden Vergiftung nicht in Frage kam. Aus dem wässerigen Destillate der Pilze konnte Trimethylamin, vermuthlich als Zersetzungsproduct complicirterer Verbindungen, isolirt werden, während die wässerigen und alcoholischen Auszüge des Pilzmaterials den Gehalt an einer Base ergaben, welche nach allen ihren chemischen und toxischen Merkmalen als Neurin oder Vinyltrimethylammonium-Base betrachtet werden musste, wobei freilich die Gegenwart noch anderweitiger basischer Körper aus der Gruppe der Ptomaine nicht ausgeschlossen erscheint. Es bildet somit der Nachweis von toxischen Ptomainen in den vor der Trocknung offenbar schon z. Th. gefaulten Exemplaren der Helvella esculenta eine wichtige Ergänzung der bekannten grundlegenden Forschungen von *Nencki* und von *Brieger*, deren Arbeiten sich ausschliesslich auf die Fäulnissproducte animalischer Proteinstoffe beziehen. Wir werden demnach annehmen dürfen, dass auch das relativ sehr stickstoffreiche Material frischer Pilze, z. Th. noch während des Lebens, unter gewissen Bedingungen Fäulnissprocessen unterliegen kann, welche mit denjenigen thierischer Substrate, z. B. faulender Leichentheile, die grösste Aehnlichkeit zeigen. Es ist deshalb gewiss auch die Schlussbemerkung des chemischen Theiles der Arbeit sehr gerechtfertigt, wonach die Gefahr bei Genuss namentlich getrockneter Schwämme eine doppelte sein kann; „die eine rührt von der Verwechslung der essbaren mit den giftigen her, die andere aber von den Zersetzungsproducten der an und für sich essbaren Schwammarten."

So kömmt denn der vorliegenden Studie neben wissenschaftlichem Interesse auch noch eine besondere practische Bedeutung zu, und in diesem Sinne sei dieselbe zu sorgfältiger Durchsicht zunächst allen denjenigen warm empfohlen, die sich mit Lebensmittelcontrole und verwandten hygieinischen Fragen zu befassen haben.

Ed. Schär, Zürich.

Handbuch der Balneotherapie für practische Aerzte.

Bearbeitet von Dr. *R. Flechsig*, Brunnenarzt zu Bad Elster. Aug. Hirschwald, Berlin, 1888. 470 S.

Das Buch ist in Form und Anlage recht für den practischen Arzt geeignet. Im ersten Abschnitt findet er so ziemlich alles Wissenswerthe über Mineralwässer-, Inhalations-, Milch-, Molken-, Kumyss-, Kefir-, Trauben- und Kräuterkuren, über Gas-, See-, Moor-, Schlamm-, Sand-, Fichtennadel-, Kräuter- und hydroelectrische Bäder — über Hydro- und Klimatotherapie, kurz das ganze Gebiet der allgemeinen Balneotherapie.

Ein zweiter Hauptabschnitt — die specielle Balneotherapie — bespricht die einzelnen Krankheiten, welche und in welcher Weise dieselben heutzutage Gegenstand balneotherapeutischer Kuren sind und widmet den an den einzelnen Kurorten gewonnenen empirischen Indicationen besondere Aufmerksamkeit. Was die Welt schon an Badeschriften und Kurortbroschüren gesehen, ist hier so ziemlich verwerthet und es treffen sich da bei gleichen Indicationen Kurorte in trautem Vereine, die sonst keine blasse Aehnlichkeit mit einander haben, als Folge des Bestrebens mancher Kurorte, ihre Indicationen aus leicht begreiflichen Gründen möglichst weit zu stellen. Dem Verfasser muss aber das Lob grösstmöglicher Objectivität gegeben werden.

Der dritte Theil: Die Aufzählung der wichtigsten Curorte und Wasserheilanstalten ist nicht besser und nicht schlechter, als andere ähnliche Zusammenstellungen. — Der Hauptwerth des Buches liegt in der übersichtlichen Anordnung und in der Vollständigkeit des Stoffes nach fleissiger Durcharbeitung aller einschlägigen Literatur; es ist für den practischen Arzt ein werthvoller Rathgeber. *E. Haffter.*

Beiträge zum Mechanismus der Geburt bei Schädellagen.

Von Dr. *Wassily Sutugin*, Director der Gebäranstalt zu Moskau. 1888. (Klinische Vorträge von Volkmann Nr. 310.)

S. stellt in diesem sehr beachtenswerthen Vortrage, auf Grund eingehender Untersuchungen und Beobachtungen, eine Lehre vom Mechanismus der Geburt des Rumpfes fest, die von der bisher allgemein angenommenen wesentlich abweicht. In der grossen Mehrzahl der Fälle (von 596 Untersuchungen 444 mal, 74,5 %) ist der Rücken der Frucht während der Schwangerschaft nach hinten und nach der Seite, sei es nach rechts oder links, gewendet. Der Stellungswechsel des Rückens der Frucht während der Schwangerschaft erfolgt längs der hinteren und nur in sehr seltenen Fällen längs der vorderen Gebärmutterwand.

Während der Geburt ist auch bei normalem Becken die Frucht um ihre Längsachse gedreht. Wenn im Beginne der Wehen bei einer ersten Schädellage das Hinterhaupt vorn links liegt, so befinden sich die Schultern der Frucht im geraden Durchmesser des Beckeneinganges, der Brusttheil der Wirbelsäule sieht gerade nach links, die Lenden und Steisswirbelsäule nach links und hinten. Das Gleiche gilt für Steisslagen. Nur bei Gesichtslagen liegt der Rücken nach links und vorn. Der Rumpf der Frucht dreht sich nicht um seine Längsachse, weil der Kopf sich dreht, sondern der Kopf dreht sich mit der kleinen Fontanelle nach vorn, weil sich der ganze Rumpf der Frucht um seine Längsachse dreht.

Als Grund der Torsion der Frucht betrachtet *S.* die Spiralform des Uterus und der ganzen Frucht selbst, nach dem für Pflanzen und Thiere allgemein gültigen Gesetze der Torsion um ihre Längsachse. *Tramèr* (Basel).

Zur Diagnose und Therapie der atypischen Uterusblutungen.

Von Dr. *Eichholz*. 1887.

Ist bei einer atypischen Uterusblutung nach genauer Untersuchung die Diagnose auf Endometritis fungosa gestellt worden, so ist eine Dilatation des Uterus zur Vornahme der Kürettirung für die meisten Fälle entbehrlich. Will man nur die erkrankten Theile entfernen, so hat man viele Misserfolge zu verzeichnen. Die ganze Uterusschleimhaut kann ja ohne irgend welchen Nachtheil abgekratzt werden.

Erweckt die Sondirung Verdacht auf harte oder maligne Neubildungen, so muss die Dilatation, am besten mit stumpfen Instrumenten, erfolgen. Nur bei rigidem Uterus wird von der Laminaria Gebrauch gemacht. *Tramèr* (Basel).

Die niedrigsten Lebewesen, ihre Bedeutung als Krankheitserreger, ihre Beziehung zum Menschen und den übrigen Organismen und ihre Stellung in der Natur.

Für Gebildete aller Stände gemeinfasslich dargestellt von Dr. *A. Brass*. 180 Seiten. Verlag von Georg Thieme in Leipzig.

Ein langathmiger, vielversprechender Titel! Verfasser hätte vielleicht vor Veröffentlichung dieses Werkes seinen eigenen Satz (S. 30) gründlich erwägen sollen: „Es ist ein Unglück, dass alle Fragen, welche medicinische Kreise bewegen, auch sofort in der unverständlichsten Weise in das Publikum hinausgetragen werden.“ Diese unwillkürliche Selbstkritik ist hier um so richtiger, da es sich um Fragen handelt, die unter Fachleuten zum grossen Theil noch streitig sind und für das gebildete Laienpublikum vollends nicht passen.

Verfasser theilt nach einem „allgemeinen“ Abschnitt: „Ueber lebende Substanz und die Eintheilung der Protozoen“ seine Abhandlung in drei Theile: 1) die Spaltpilze, 2) die pflanzlichen Microorganismen, 3) die Protozoen.

Den bacteriologischen Theil, den Verfasser übrigens in Ueberschrift und Vorwort hervorhebt, hätte er lieber weggelassen, als auf das glatte Eis eines fremden Gebietes sich zu wagen. Er bekennt sich überall als Anhänger der *Nägeli*'schen Theorie von der Inconstanz der Form, behält aber dennoch die alte, streng formliche *Cohn*'sche Eintheilung bei, die demgemäss ziemlich confus ausfällt. Als einzigen Vertreter der Coccaceæ finden wir Leuconostoc mesenteroides. — Beim Milzbrandbacillus wird behauptet, „dass die Formen, welche in verschiedenen Culturgläsern gezüchtet werden, wesentlich andere Dimensionen besitzen, als die des pathogenen Milzbrandes“. Der Tuberkelbacillus wird nicht als pathogen betrachtet, und Verfasser kann „beispielsweise Lungentuberculose leicht erzeugen, wenn man Thiere Flüssigkeiten inhaliren lässt, in welchen feinvertheilte organische Substanz vorhanden ist“.

Folgt genaue Beschreibung eines „Pilzes der Pockenlymphe und Pockenkrankheit“; der Syphilispilz heisst „Bacillus Kochii“ u. s. f.

Eine ähnliche Blumenlese findet sich im 2. Theil; es mag genügen die erschreckende Behauptung anzuführen, dass die „Krebspest“ wahrscheinlich zum Theil durch Saprolegnien erzeugt wird.

Am nächsten scheint dem Verfasser das Gebiet der Protozoen zu liegen, doch stört auch hier der Mangel an übersichtlicher Eintheilung und eine grosse Weitschweifigkeit der Details. *C. Hägler*.

Die Entwicklung der Bacterienfärbung.

Eine historisch-kritische Uebersicht von *P. G. Unna*. 80 Seiten. Verlag von Gustav Fischer, Jena.

Die fleissige und durch die eigene hervorragende Stellung des bekannten Autors in der Geschichte der Tinctionstechnik sehr anziehend geschriebene Abhandlung, ist nicht nur für den Bacteriologen, sondern für Jeden, der das Microscop handhabt, sehr interessant und nutzbringend zum Durchlesen. *C. Hägler*.



Eine experimentelle Studie auf dem Gebiete des Hypnotismus.

Von Dr. *R. v. Krafft-Ebing.* Stuttgart, Enke, 1888. 80 S.

Während 7 Monaten hatte der Verfasser Gelegenheit, eine 29jährige Hystero-Epileptica zu beobachten, Heil- und Controllversuche durch hypnotische Suggestion anzustellen, und sie gebessert einer andern Krankenanstalt zu übergeben. Das sehr objectiv geführte Krankenjournal diente zur Grundlage der Arbeit und deswegen ist es nicht möglich, den Inhalt der Studie referendo zu geben.

Aus der Epikrise möge hier Platz finden: Nur der jeweilige Experimentator, resp. Hypnotiseur, hat suggestibeln Einfluss. — Nur präcis gegebene, eindeutige Suggestionen kommen tadellos zur Ausführung. — Alles geschieht durch Suggestion und die Wege, auf denen sie möglich wird, sind die acustische und die sensible (cutane und musculäre) Leitungsbahn. — Der Verfasser hält die hypnotische Suggestion für eine werthvolle Bereicherung der Therapie der functionellen Nervenkrankheiten.

Zum Schlusse möge ein Citat aus *Braid*'s Werk, das *v. Krafft-Ebing* der Vorrede einflocht, Erwähnung finden: „Unbegrenzter Zweifel ist ebenso das Kind der Geistesschwäche, wie unbedingte Leichtgläubigkeit."

Zur Klärung über den therapeutischen Werth der hypnotischen Suggestion ist die Veröffentlichung solcher Arbeiten, wie die vorliegende, von grossem Werthe; fehlt es doch nicht an Stimmen gewichtiger Lehrer der medicinischen Wissenschaften, die nicht nur ihren Indifferentismus dieser Heilmethode gegenüber offen aussprechen, sondern sogar die ganze Sache des Hypnotismus perhorresciren. So widmete beispielsweise Prof. *Leidesdorf* in Wien in seiner am 3. Juli l. J. gehaltenen Abschiedsrede von der psychiatrischen Klinik dem Hypnotismus folgendes (Göthe'sche) Epigramm: [1])

„Fürsten prägen so oft auf kaum versilbertes Kupfer ihr bedeutendes Bild; lange „betrügt sich das Volk — Schwärmer prägen den Stempel des Geistes auf Lügen und „Unsinn; wem der Probirstein fehlt, hält sie für lauteres Gold."

Was dachte wohl hievon der Verfasser obiger Studie, der muthmassliche Nachfolger *Leidesdorf*'s? *Sigg.*

Cantonale Correspondenzen.

Thurgau. Ueber Codein. Nachdem der Unterzeichnete seit mehr als 5 Jahren in all den Fällen, wo Morphium indicirt erscheint, sich des Codeins bedient hat, möchte er sich erlauben, den Herren Collegen dieses sicher wirkende und entschieden weit weniger gefährliche und verhängnissvolle Mittel zu geeigneten Versuchen dringend zu empfehlen.

Die ersten Codeinverordnungen machte ich in einer grossen Anstalt für Phthisiker, die das ganze Jahr durchschnittlich von 90 Patienten besucht war, und bald wurde daselbst Morphium innerlich in keinem einzigen Falle mehr verabreicht. Seitdem bin ich dem Codein auch in der Privatpraxis treu geblieben, ohne dass ich es je zu bereuen gehabt hätte. In allen Fällen (es waren nur wenige), wo die Wirkung zu wünschen übrig liess, lag die Schuld an dem Präparate; denn ich überzeugte mich, dass nicht in allen Apotheken gutes Codein vorräthig sei.

Ueber die Anwendung des Codeins kann ich mich kurz fassen; es ist da indicirt, wo wir Morphium zu geben pflegen. Da das Codein aber entschieden weit weniger gefährlich wirkt, und eine Angewöhnung nur sehr selten erfolgen dürfte, darf seine Anwendung getrost verbreitert werden und in all jenen Fällen ohne Bedenken erfolgen, wo wir der unangenehmen Wirkungen wegen das Morphium nicht zu geben wagen. So stehe ich z. B. nicht an, das Codein täglich mehrere Male zu verwenden, auch wo ich weiss, dass das Leiden längere Zeit dauern wird, und es ist mir nicht ein einziger Fall erinnerlich, wo ich jene schrecklichen Folgen zu beklagen gehabt hätte, wie sie nach langem ununterbrochenem Morphiumgenuss so regelmässig sich zeigen.

Vor Allem eignet es sich denn für alle Fälle von quälendem Husten bei Phthisikern, bei Bronchitiden, namentlich wenn die Secretion nicht zu massenhaft ist, und in allen Fällen von Schlaflosigkeit, wenn das schlafstörende Moment nicht heftigste Schmerzen sind. Es

[1]) „Wiener med. Wochenschr." Nr. 27 vom 6. Juli 1888.

ist letzteres der einzige Punkt, wo ich dem Morphium entschieden den Vorzug einräume; Morphium bekämpft Schmerzen prompter und auch in der Erzeugung des wonnigen Gefühles ist es dem Codein über, was vielleicht gerade für das Codein sprechen dürfte. — Ich möchte nicht unerwähnt lassen, dass ich eine grosse Zahl von Fällen zur Verfügung habe von Patienten, die mit Abscheu von Morphium und Chloral als Schlafmittel sprechen, von der Codeinwirkung aber betreffend Schlafes entzückt waren.

Auch äusserlich, in Suppositorien, in Inhalationsflüssigkeiten, in Salben etc. — stets ist die Wirkung die erwartete, und in keiner Form war es mir möglich, schädliche oder nur unangenehme Nebenwirkungen zu constatiren.

Was die Dosirung anbetrifft, so muss die Dosis erheblich grösser sein, als die entsprechende Morphiumdose. Einer Morphiumdose von 0,01 entspricht eine Codeindose von 0,025—0,03. Diese Gabe kann Phthisikern getrost 3—4 Mal in 24 Stunden gereicht werden. Ich gebe es meist in Pulvern, doch theilt es mit dem Morphium den bittern Geschmack, so dass es oft der leichten Correction wegen als Mixtur aufgeschrieben werden muss.

Zum Schlusse möchte ich protestiren gegen die Angabe in fast allen Büchern der Arzneimittellehre, dass das Codein unsicher und schwach narcotisch wirke. Es ist hier wie in gar vielen Fällen: diese Bemerkung geht von einem Buch in's andere und von einer Auflage in die andere.

Vielleicht ist mir noch eine Bemerkung erlaubt über das neueste der hypnotischen Mittel — das Sulfonal. Nach meiner Erfahrung kann ich alles in vollstem Umfange bestätigen, was Prof. *Bäumler* und *Kast* von ihm rühmten.

Es ist entschieden das hervorragendste Schlafmittel der Gegenwart und hat mir schon wärmsten Dank eingetragen. Seine Geschmacklosigkeit und das Gefühl der Erfrischung nach erquickendem Schlafe bei ganz freiem Kopfe und die Sicherheit der Wirkung bei genügender Dosis sind Eigenschaften, die nicht hoch genug geschätzt werden können. In zwei Fällen erwachten meine Patienten nach 7- resp. 9stündigem Schlafe lachend, ja geradezu übermüthig und hatten ein höchst angenehmes Gefühl von Müdigkeit.

Leider steht der hohe Preis der Einbürgerung des Mittels in die Privatpraxis etwas hindernd im Wege; es kommt eine Schlafdosis von 2—3 gr. auf über 1 Franken zu stehen. Hoffentlich wird das Sulfonal recht bald billiger; denn wenn nicht doch noch in einiger Zeit der hinkende Bote nachkommt in Gestalt schlechter Erfolge bei langer Anwendung, was aber nach den äusserst sorgfältigen und lange dauernden Versuchen von *Bäumler* und *Kast* nicht zu erwarten ist — so besitzen wir in ihm ein geradezu ideales Schlafmittel.

Dr. *Fischer*, Kreuzlingen.

Zug. Nebenwirkung des Antipyrins. In einem Falle von acutem Gelenkrheumatismus, in welchem Natr. salicyl. nicht ertragen wurde, verabreichte ich dem Patienten Antipyrinpulver zu 1 gr. 5 Minuten nach Gebrauch des ersten Pulvers stellten sich beim Patienten folgende Symptome ein: plötzliches Zahnweh in allen Zähnen des Unterkiefers, Kopfweh, reissender Schmerz hinter den beiden Ohren, sowie im Ohre selbst. Kein Ohrensausen! Hypersecretion der Schleimhäute der Augen und der Nase. Der Symptomencomplex hörte in umgekehrter Reihenfolge auf; immerhin dauerte das Zahnweh noch 3 bis 4 Stunden.

Um diese Symptome wirklich auf Antipyrin-Wirkung zurückführen zu können, veranlasste ich den Patienten, einen sehr gebildeten Herrn, der sich genau beobachtete, ein zweites Pulver zu sich zu nehmen.

Derselbe zeigte sich dazu bereit, nahm aber Vorsichts halber nur 0,5 gr. Nach 10 Minuten traten die schon oben geschilderten Symptome auf; die Schmerzen in den Gelenken waren beinahe vollständig verschwunden, aber das Zahnweh dauerte über 12 Stunden lang fort.

Es dürfte vielleicht gerade jetzt, wo das Antipyrin so recht im „Schwung" ist und sich der allgemeinen Neigung sowohl der Patienten als zumal der Herren Mediciner erfreut, nicht unangezeigt sein, auch eine Statistik der Nebenwirkungen dieses Mittels zusammenzustellen, wesshalb ich mir erlaubte, diese kleine Mittheilung einzusenden.

F. Brandenberg, med.



Acten der schweizerischen Aerztecommission.

Sitzung der schweiz. Aerztecommission im Falken in Lausanne Samstag den 26. Mai 1888, Morgens 8 Uhr.

Präsident: Dr. *Sonderegger*, St. Gallen. — Schriftführer: *De Cérenville.*

Anwesend: Präsident Dr. *Sonderegger*, *Bruggisser*, *Castella*, *de Cérenville*, *d'Espine*, *Haffter*, *Kocher*, *Lotz*, *Naef*, *Reali*, *Sigg*. Entschuldigt abwesend: *Hürlimann.*

I. Der Präsident eröffnet die Sitzung mit einem warm empfundenen Nachruf an *A. Baader*.

II. Dr. *Lotz-Landerer*, welcher nach *Baader*'s Tod die Verwaltung der Hülfscasse provisorisch übernommen hatte, unterzieht sich dieser Aufgabe — dem einstimmig geäusserten Wunsche der Aerztecommission folgend — definitiv und referirt

III. über die Hülfscasse (wird jeweils im Frühjahr veröffentlicht).

Es werden bewilligt:

1) Eine monatliche Unterstützung von 50 Fr. an einen bedrängten kranken Collegen während der Zeit der Arbeitsunfähigkeit.

2) Eine einmalige Unterstützung von Fr. 300.

3) Eine eventuelle Unterstützung von Fr. 200, sofern günstige Informationen über den etwas zweifelhaft erscheinenden Fall eingehen.

Der Beitrag eines Collegen, welcher als bezahlter Angestellter eines grossartigen Medicinalschwindelgeschäftes functionirt, wird zurückgewiesen.

IV. Das eidg. Departement des Innern wünscht von der Aerztecommission Vorschläge für den Typus eines Isolirspitales für ansteckende Krankheiten. — Auf Antrag *Haffter*'s wird beschlossen, dass der Präsident ein Project ausarbeite und es zur Meinungsäusserung bei den Mitgliedern der Aerztecommission circuliren lasse.

V. Reform des schweiz. Sanitätswesens. *De Cérenville* theilt die Anträge mit, welche er heute im Anschluss an sein Votum der Hauptversammlung vorlegen wird. Nach einer Discussion, an welcher sich die Herren *Sonderegger*, *Reali*, *Castella*, *d'Espine* und *de Cérenville* betheiligen, erklärt sich die Commission in grosser Majorität mit den Anträgen durchaus einverstanden.

VI. Hebammenfrage. *Haffter* wird seine Anträge circuliren lassen.

Schluss der Sitzung 9½ Uhr.

Der Schriftführer: Dr. *de Cérenville.*

Die schweiz. Aerztecommission erlässt folgendes Schreiben an die ärztlichen Vereine der Schweiz.

P. P. Bei der Versammlung des ärztlichen Centralvereins zu Olten, im October 1887, hat unser verewigter Freund *Baader* seine Ansichten und Vorschläge über Schaffung eines eidgenössischen Sanitätswesens entwickelt und dabei in warmer, klarer Weise Gedanken zum Ausdruck gebracht, welche jeden redlich strebenden Arzt und Bürger seit Jahren bedrängten.

Die Versammlung ist einstimmig auf die Frage eingetreten und hat beschlossen, sie mit besten Kräften weiter zu verfolgen.

Nun stellte sich, zum Theil schon bei der Versammlung in Olten, dann ebensosehr bei den Verhandlungen, welche die schweiz. Aerztecommission mit dem hohen Bundesrathe gepflogen, die Thatsache heraus, dass die verfassungsmässige Befugniss zur Schaffung einer eidgenössischen Gesundheitspflege, eines eidgenössischen Sanitätswesens, zur Stunde vollständig fehlt, und dass dieser Mangel erst bei Anlass einer Partialrevision der Bundesverfassung gründlich discutirt, einstweilen aber nur durch ein Bundesgesetz theilweise gehoben werden könne.

Ferner ergab sich als sicher, dass blos auf dem Wege des Budget kein eidgenössisches Sanitätswesen zu schaffen und jedenfalls kein solches auf die Dauer zu behaupten ist. Es darf nicht vergessen werden, dass die 1877 durch bundesräthlichen Beschluss creirte eidgenössische Sanitätscommission drei Jahre später, bei Anlass des Budgets in der Bundesversammlung wieder beseitigt worden ist, ohne weitere Verhandlung und als eine unerhebliche Sache.

Und dennoch kann es nicht bleiben, wie es jetzt ist. Wir haben kein Bedürfniss nach Centralisation des Sanitätswesens und wissen ganz gut, dass in unserem kleinen, aber vielgestaltigen Lande die cantonalen Behörden am leichtesten und am richtigsten

arbeiten, aber wir haben ein dringendes Bedürfniss nach einer festen, zielbewussten Vereinigung der cantonalen Arbeiten; wir betrachten es für die Ausführung des eidgenössischen Epidemiengesetzes, wie auch für die Entwicklung der vielerorts noch so sehr darniederliegenden Volksgesundheitspflege als wichtig, dass unsere 25 Cantone nicht nur grundsätzlich dasselbe anstreben, sondern dass sie es auch wirklich leisten können, indem sie sich brüderlich verständigen und sich an einem Orte die Hände reichen, wo ihre Arbeiten gesammelt, gegenseitig ausgewechselt, ergänzt, und diejenigen wissenschaftlichen, technischen und statistischen Aufgaben gelöst werden, welche man keinem einzelnen Cantone aufbürden kann, und die schliesslich doch bei uns, so gut wie in anderen Staaten, gelöst sein müssen. Diese Stelle denken wir uns als Vermittlungsstelle, Bureau intermédiaire, als ein Glied in der Reihe von Centralstellen, wie solche sich für Industrie und Handel, für Ackerbau, für Arbeiterfragen und für viele andere Verwaltungsaufgaben gebildet und bewährt haben.

Das für unsere Volksgesundheitspflege unerlässliche Ziel ist nun auf verschiedenen Wegen zu erreichen:

es kann sich handeln um einen eidgenössischen Sanitätsreferenten, oder

um eine ständige eidgenössische Sanitätscommission, anstatt der jetzigen „Choleravögte“, welche so viel Aehnlichkeit mit den ehemaligen planlosen und erfolglosen, improvisirten Landsturmofficieren haben;

es kann sich handeln um die Creirung von einer dieser Stellen allein, oder aber beider;

und endlich kommt auch die Frage in Betracht, ob und wie die schweizerischen Aerzte, welche so vollzählig wie in keinem unserer Nachbarländer in ihren Vereinen und deren Aerztecommission repräsentirt sind, zur Bildung einer solchen Centralstelle beigezogen werden können? Grundsätzlich sind die in Deutschland und Frankreich gebräuchlichen Berufsvertretungen bei uns unmöglich, thatsächlich sind sie aber im Arbeitersecretariat zu voller, und sagen wir zugleich auch: zu vollberechtigter Geltung gekommen.

Angesichts dieser Thatsache hat man auch den Vorschlag gemacht, dass die schweizerischen Aerzte selber ihren Sanitätsreferenten wählen und sein Salair durch Bundeshülfe aufbessern lassen. Da die schweizerischen Aerzte aber weder über die finanziellen Mittel der „Industrie- und Handelsgesellschaft“ verfügen, noch auch den politischen Druck der grossen Arbeitervereine ausüben können, erscheint ein solcher Aerztesecretär bis auf weiteres als eine Ironie.

Unter diesen Umständen musste der schweizerischen Aerztecommission sehr daran gelegen sein, zu wissen, ob die, im Centralverein allgemein gestellte Forderung eines eidgenössischen Sanitätswesens auch von unsern romanischen Collegen getheilt und unterstützt werde? Die vereinigte Versammlung zu Lausanne, im letzten Mai, hat diese Frage in ebenso energischer als freundlicher Weise gelöst. Es wurde einstimmig erklärt, dass die gegenwärtigen Zustände nicht befriedigen und dass etwas geschehen müsse, um eine bessere Organisation des eidgenössischen Sanitätswesens zu erlangen.

Die einzelnen Vorschläge hiefür sollen von allen cantonalen Aerztegesellschaften *berathen, formulirt und an die schweizerische Aerztecommission eingereicht werden*, welcher die Aufgabe zufällt, für Vereinbarung der Vorschläge zu sorgen und im Sinne der Mehrheit derselben weiter vorzugehen, d. h. zuerst an einen nochmaligen vereinigten Aerztetag und dann an die Bundesversammlung zu gelangen.

Ausser dieser Berathung und Vorbereitung von Vorschlägen wird es aber auch Aufgabe der einzelnen Vereine wie der einzelnen Aerzte sein, dafür zu sorgen, dass ihre Ansichten und Wünsche in der Bundesversammlung überhaupt angehört und unterstützt werden. Wie können wir verlangen, dass Juristen und alle andern von allen Seiten bestürmten Väter des Vaterlandes von sich aus für das Sanitätswesen in's Feuer gehen? Diese haben eine gewisse Berechtigung, zu warten, bis Noth an Mann kommt; wir Aerzte aber haben die strengste Verpflichtung, nicht zu warten, sondern zur rechtzeitigen Fürsorge aufzufordern. Künste und Wissenschaften, Handel und Industrie, Arbeiter und Sportsmen, alle haben in der Bundesversammlung ihre beredten Anwälte gefunden und ihre guten Erfolge erreicht; auch die Volksgesundheitspflege wird sie erreichen, wenn die Aerzte alle, ob sie im Parlamente sitzen oder blos in der Praxis stehen, als gute Bürger auch für die sociale Seite ihres Berufes eintreten.

Der Zweck dieser Zeilen ist nun, die cantonalen Aerztevereine dringend einzuladen, in ihren bevorstehenden Herbstversammlungen die Organisation des eidgenössischen Sanitätswesens zu berathen und ihre Vorschläge an die schweizerische Aerztecommission einzureichen, welche dann, bis zur nächsten vereinigten Versammlung, im Mai 1889 zu Bern, dieselben vorlegen und zur endgültigen Abstimmung bringen kann.

Zwischen die Verhandlungen von Olten und von Lausanne fiel nun ein Ereigniss, welches für das eidgenössische Sanitätswesen wichtig werden kann: die Reorganisation im Dienste des eidgenössischen Departements des Innern, dessen langjährigem Vorstande, Herrn Bundesrath Schenk, wir von jeher ein wohlwollendes Verständniss und möglichste Unterstützung des Sanitätswesens zu verdanken haben. Er erklärte sich bereit zum Versuche, für die verschiedenartigen medicinischen Arbeiten seines Departements künftig anstatt eines Cameralisten einen Arzt anzustellen, dessen Bureau, innert den gegenwärtigen gesetzlichen Schranken, dem öffentlichen Gesundheitsdienste in der Schweiz immerhin sehr nützlich sein könnte.

Wir haben leider keine Berechtigung, uns in diese Organisation des eidgenössischen Departements des Innern einzumischen und werden mit Vertrauen gewärtigen, was dabei zum Besten der schweizerischen Volksgesundheitspflege gethan werden kann.

Wir benützen den Anlass, geehrte Herren Collegen, Sie in Hochachtung zu grüssen!

St. Gallen und Lausanne, den 20. August 1888.

Im Namen der schweizerischen Aerztecommission:

Der Schriftführer: Dr. *De Cérenville.* Der Präsident: Dr. *Sonderegger.*

Zur Notiz. Im Auftrag des Vorstandes des schweiz. ärztlichen Centralvereins wird der Quästor der schweiz. Aerztecommission, Dr. *Sigg* in Andelfingen, welcher vorläufig auch das Quästorat des Centralvereins besorgt, von den Mitgliedern des letztern dieser Tage einen Beitrag von 1 Fr. per Kopf erheben.

Der Präsident des ärztl. Centralvereins:
E. Haffter.

Wochenbericht.

Schweiz.

— Die 36. Versammlung des **schweiz. ärztlichen Centralvereins** findet Samstag, den 27. October, Mittags 12 Uhr, in Olten statt. — Näheres in nächster Nummer und in dem Einladungsformular.

— Die Unterzeichneten erlauben sich, die Leser des „Correspondenz-Blattes für Schweizer Aerzte“ auf die neugegründete **Trinker-Heilstätte Ellikon** an der Thur (eine halbe Stunde von der Station Islikon an der Bahn Winterthur-Frauenfeld) aufmerksam zu machen.

Dieselbe wird Mitte November 1888 eröffnet. Anmeldungen für diese Zeit nimmt Herr Director *Forel*, Burghölzli, Zürich, entgegen.

Der Zweck der einfachen Anstalt mit kleiner Landwirthschaft ist die Heilung der Gewohnheitstrinker, wobei das Princip der totalen Entwöhnung, verbunden mit Beschäftigung, streng durchgeführt werden soll.

Der Pensionspreis richtet sich nach den ökonomischen Verhältnissen und nach den Ansprüchen der Pfleglinge; Minimum bis auf Weiteres: 500 Fr. jährlich.

Wenn die financielle Lage es gestattet, kann das Minimum später herabgesetzt werden.

Es ist kein Geschäft, sondern eine gemeinnützige Gründung, die das Comité in eine Stiftung umzuwandeln trachtet.

Nach den Erfahrungen anderer Trinkerheilstätten sollte der Aufenthalt der Trinker mindestens 6 Monate durchschnittlich betragen, um ein günstiges Resultat zu liefern.

Aufnahmsbedingungen:

1) Freiwillige schriftliche Verpflichtung für eine bestimmte, je nach dem Falle festzusetzende Zeit in der Anstalt zu verbleiben und sich den Hausregeln und den Anordnungen des Hausvaters zu unterziehen.

2) Monatliche oder vierteljährliche Vorausbezahlung, oder sonstige genügende Sicherstellung der Verpflegungskosten.



3) Verweigerung der Zahlung und gröbere Verstösse gegen die Hausordnung berechtigen zur Entlassung eines Pfleglings.

4) Ausgeschlossen von der Aufnahme sind geistig erheblich defecte oder kranke Trinker, während solche, welche selbst ernstlich geheilt zu werden wünschen, in erster Linie berücksichtigt werden.

Wir hoffen, dass unsere neue Heilstätte bei den Collegen günstig aufgenommen wird. Wir haben für tüchtige Hauseltern gesorgt. Der Geist des Hauses soll religiös, jedoch ohne confessionelle Färbung sein.

Eine fachärztliche Beaufsichtigung wird durch monatliche Besuche von Seiten der Unterzeichneten stattfinden. Prof. Dr. *Aug. Forel.*

(sig.) Director Dr. *Eugen Bleuler.*

Waadt. In Cery starb ganz plötzlich der Director der Irrenanstalt, Dr. *Th. Challand*, 47 Jahre alt.

Ausland.

— Das **kohlensaure Ammoniak** besitzt nach *Gottbrecht* fäulnisswidrige Eigenschaften; in wässrigen, 5—8%igen Lösungen des officinellen Liquor ammonii caustici aufbewahrte Fleischtheile befanden sich nach Monaten unverändert. *Grawitz* hat die Hoffnung, dass sich aus dieser Beobachtung Vortheile für die Conservirung farbiger anatomischer Präparate ergeben könnten.

— **Universitätsnachrichten.** Zum Prof. ord. für Hygieine in Giessen ist *Gaffky*, in Greifswald *Löffler* ernannt; zum Ord. für Geburtshülfe und Gynäkologie in Würzburg *Hofmeier* (Göttingen); an Stelle des verstorbenen Prof. der innern Medicin *Rühle* in Bonn tritt *Schulze* aus Dorpat.

— **Plumbum causticum** (*Gerhardt*) ist eine 3,3%ige Lösung von Bleioxyd in starker (33%iger) Kalilauge. Dasselbe wird vielfach empfohlen, so z. B. von *Bockhart* zur Aetzung spitzer Condylome. Die Anwendung in Form von Stiften soll intensiver wirken, während die in Lösung geringere Schmerzen verursacht. Der Werth des Mittels soll in seiner gründlichen Wirkung und der Bildung möglichst kleiner Aetzgeschwüre liegen.

— **Enuresis nocturna et diurna** bei Knaben behandelt *Oberländer* („Berl. klin. W." 31) mit starker Dehnung der hintern Partien der Harnröhre. Er gibt zu diesem Zwecke einen eigenen mit Gummi überzogenen Doppelcatheter an. Meist genügt eine einzige Dehnung; die Erfolge sollen überraschend gut sein.

— **Anwendung des Chloroformwassers.** Wir haben in einer frühern Nummer dieses Blattes über das Chloroformwasser berichtet, das *Salkowsky* zur Conservirung anatomischer Präparate empfohlen hat. Wir können die Vorzüge desselben nach eigenen Erfahrungen nur durchaus bestätigen. Nur muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass bei nicht absolut luftdicht schliessendem Gefäss das Chloroformwasser nach 4—6 Wochen durch eine neue 2½%ige Lösung zu ersetzen ist mit einigen Tröpfchen ungelösten Chloróforms, das an den Boden des Gefässes niedersinkt. Auf diese Weise gelang es uns anatomische Präparate mit feiner Structur (feine Gelenkzotten, sammtartige villöse Auflagerungen etc.), die in Spiritus bis zur Unkenntlichkeit schrumpfen und daher jedweden Werth als Demonstrationspräparat verlieren, in ursprünglicher Schönheit zu erhalten.

Die Beobachtungszeit erstreckt sich nun über ein Semester. Die Farben freilich gehen verloren, da das Chloroform die rothen Blutkörperchen zerstört.

Nun wird neuerdings von *Unna* das Chloroformwasser als Zusatz zu Medicamenten, die gern verschimmeln, empfohlen, wie Solutio Fowleri, Ergotin etc. Die leichte Schmerzhaftigkeit bei subcutanen Injectionen, die noch sich dazu gesellt, kommt kaum in Betracht, da Arsen und Ergotin für sich schon bei subcutaner Application schmerzhaft empfunden werden. *Mielk* setzt es als Corrigens zu Medicamenten.

Bardeleben bestätigte ferner die antifermentativen Wirkungen des Chloroforms als Zusatz zu Schreibtinte, Klebelösungen etc. *Garrè.*

— **Milchsäure,** von *Hayem* gegen die grünen Diarrhoen der Säuglinge eindringlichst empfohlen, soll auch gegen die Diarrhoen der Phthisiker ausserordentlich wirksam sein. Dosis: 2 gr. pro die in 120 Wasser gelöst mit allmäliger Steigerung bis auf 8 gr. pro die.



— **Ueber Hypnotismus.** In der Sitzung des Vereins der Aerzte zu Brünn am 14. April 1888 hielt Dr. *Weiss* einen mit Beifall aufgenommenen Vortrag über den Hypnotismus. Nach der Ansicht von *Meynert* hat die erhöhte Erregung der Hirnrinde eine abgeschwächte Erregbarkeit der subcorticalen Centren zur Folge und umgekehrt. Der stärkern Erregung entspricht Hyperämie, der abgeschwächten Anämie des betreffenden Theiles. Im Schlaf ist die Erregbarkeit der Hirnrinde herabgesetzt und die subcorticalen Erregungszustände erzeugen die Hallucinationen des Traumes. Bei der Hysterie tritt auf geringen Reiz hin eine Abschwächung der Leistungen der Cortex und in Folge dessen eine gesteigerte Erregbarkeit der subcorticalen Centren ein (reizbare Schwäche von *Meynert* genannt).

Gestützt auf diese Theorie fasst *Weiss* die Hypnose als einen abnormen functionellen psychischen Zustand auf, der bei Individuen mit reizbarer Schwäche hervorgerufen werden kann. In Folge dieses Zustandes ist der Entfaltung hallucinatorischer und reflectorischer Erregungszustände freier Spielraum gestattet. Die Hypnose steht in Parallele mit dem Schlaf, die Suggestionen mit den Träumen. Wie im Schlaf Erinnerungsbilder aus dem wachen Zustand den Hallucinationen den Traumes zu Grunde liegen, so ist es in der Hypnose. Wenn man einem Hypnotisirten suggerirt, er wäre ein Kind, und sich derselbe dementsprechend benimmt, so sind es Hallucinationen — Erinnerungsbilder aus der Kindheit — welche das ganze Benehmen beeinflussen. In Folge mangelhafter Correction von Seite der Hirnrinde verbleibt der Hypnotisirte in dieser Täuschung ähnlich wie der Träumende, der seinen längst verstorbenen Freund vor sich sieht und mit ihm spricht, weil die Correction der Hirnrinde, in der die Erinnerung von dem Tode des Freundes deponirt ist, fehlt.

Die Aufhebung der Willensthätigkeit ist eine natürliche Folge der Schwächung der Rindenthätigkeit, da der Wille nichts anderes ist, als ein auf die willkürlichen Muskeln übertragener Reiz. So heilte *Ramey* durch Hypnose eine spastische Urethralstrictur. Der Spasmus war hervorgerufen durch eine vom Centrum der Urethralmusculatur im Lendenmark ausgehenden Reiz. In der Hypnose ertheilte *Ramey* dem im Zustande reizbarer Schwäche befindlichen Individuum den Befehl, frei zu uriniren, durch diesen erzeugte er einen Gegenreiz, der den frühern Reiz im Centrum der Urethralmusculatur überwand. So ist es auch denkbar, dass der Reiz bei der Suggestion das Gefässcentrum einer Hautstelle derart beeinflusst, dass eine hochgradige Angioneurose eintritt, in welcher bei totaler Erschlaffung der Gefässe Blutserum, auch Blut durch dieselben durchtritt. Dies würde also die Blasenbildung, Blutungen etc. in der Hypnose durch Suggestion erklären (wohl auch den Einfluss auf die Menses, den z. B. *Forel* constatirt hat. Referent.) *R.*

Stand der Infections-Krankheiten.

	1888.	Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperalfieber	Ophthalmoblennorrhœa	Rubeolae	Rötheln
Zürich u. Aussengem.	2. IX.- 8. IX.	2	—	2	4	1	—	1	—	—	—	—
	9. IX.-15. IX.	3	—	—	7	3	6	1	—	—	—	—
	16. IX.-22. IX.	4	1	—	3	—	2	1	—	—	—	—
Bern	2. IX.- 8. IX.	5	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—
Basel	11. IX.-25. IX.	—	9	1	8	1	1	1	—	—	—	—

In Zürich fehlt in der letzten Woche der Bericht von Hottingen.

In Basel sind von den Masernfällen 7 in einer von auswärts inficirten Mädchenpension; die Keuchhustenanzeigen alle aus Kleinbasel.

Briefkasten.

Dr. *A. Peyer*, Schaffhausen: Ihre Arbeit erscheint in nächster Nummer. Bitte um Entschuldigung. — Dr. *Siegfr. Stocker*, Luzern: Ich werde gerne in nächster Nummer entsprechen. Zudem wird, wie ich hoffe, die Aethernarcose zu den Verhandlungsgegenständen der nächsten Centralvereins-Versammlung in Olten (27. October) gehören. — Dr. *Yersin*, le Sentier: Besten Dank und Gruss. — Dr. *Bissegger*, Turin: Herzliches „Grüss Gott“ über die Alpen. Machen Sie doch Ihrer Begeisterung in einem Reisebriefe an's „Corr.-Blatt“ Luft!

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats.
Inserate
35 Cts. die gesp. Petitzeile.

Preis des Jahrgangs
Fr. 12. — für die Schweiz,
Fr. 14.50 für das Ausland.
Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. E. Haffter

in Frauenfeld.

N° 20. XVIII. Jahrg. 1888. 15. October.

Zur XXXVI. Versammlung des ärztlichen Centralvereins.

Wer eine Reise that — er mag des Schönen und Interessanten noch so viel erfahren haben — empfindet schliesslich doch immer wieder das Verlangen, in's eigene Daheim, zu „Muttern“ zurückzukehren. Die Heimath des Centralvereins ist Olten; dort, wo seine Wiege stand, hielt er seit 1870 alljährlich seine Zusammenkünfte; dort wurden von jeher ohne alles äusserliche Gepränge in wissenschaftlichem Ernste allgemein interessirende Fragen besprochen und in familiärer Behaglichkeit die Bande der Freundschaft gepflegt. — Nach dem festlichen Aerztetag in Lausanne-Territet-Glion, wo die gastliche Liebenswürdigkeit unserer welschen Freunde und die Schönheiten der Natur mit einander wetteiferten, um ihn den Theilnehmern unvergesslich zu machen, empfinden wir das Bedürfniss, wieder einmal einzig und allein um unser selbst willen zusammenzukommen. Dazu haben wir Olten, das alte liebe Olten!

Bereits hat Papa *Munzinger* für Quartier gesorgt (und gewiss auch schon den Pegasus gesattelt!); conservativ, wie wir sind, wollen wir den wenig akustischen Concertsaal, so schön er ist, wieder mit dem Schulhause vertauschen; es hat die Gründung unseres Vereins mit angesehen; es hat die begeisterten Reden längst heimgegangener Collegen und Freunde gehört und so soll denn die Geschichte des Centralvereins auch fernerhin mit ihm verflochten bleiben!

Die Tractandenliste enthält Themata von eminenter Wichtigkeit, die gewiss

reichlichem Meinungs- und Erfahrungsaustausch rufen werden. Der angekündigte geburtshülfliche Vortrag ist von höchstem Interesse für uns practische Aerzte.

Die hohe Bedeutung des Hypnotismus für den Arzt kann man nicht todtschweigen und es ist sehr zu erwarten und zu hoffen, dass die ablehnende Haltung sowohl als anderseits die fast kritiklose Begeisterung, welche dieser immerhin noch neuen psychologischen Erscheinung als therapeutischem Moment entgegengebracht werden, in Olten ihr Correctiv finden mögen.

Das 3. wissenschaftliche Tractandum, der Vortrag über Aethernarcose, wird einer Discussion rufen über die Frage: Welches ist das beste und ungefährlichste Anæstheticum? Die zahlreichen Opfer des Chloroforms schreien nach einem Ersatzmittel und wir werden aus einer längern und sorgfältigen Beobachtungsreihe erfahren, ob und in wiefern der Aether als solches betrachtet werden darf.

Also liebe Collegen! Auf nach Olten! Heraus aus dem Staube der Alltäglichkeit! Heraus aus den Mühen und Sorgen des Berufes! Hinein mit vollen Zügen in die frischen Fluthen unseres Aerztetages und der dort gepflegten Freundschaft und Collegialität! Olten wird Allen gut thun, das Herz erwärmen und den Geist erfrischen.

Freilich Einen, den wir dort stets zu sehen gewohnt waren, der freiwillig in Olten nie gefehlt hat, werden wir schmerzlich vermissen, unsern lieben *Baader*. Er wird uns überall fehlen, der Freund, den man sonst von einem zum andern gehen sah und der für Alle und für Alles Herz und freundliches Interesse zeigte. Auf, lasst uns sein Andenken thatkräftig dadurch ehren, dass wir die herrliche Idee von Collega *Haltenhoff* in Genf zur That umsetzen und ihm gemeinschaftlich ein Monument errichten, aber ein Monumentum ære perennius und im Sinn und Geist des verstorbenen Freundes! — Auch das wollen wir in Olten berathen und ein würdiger Entschluss soll der diesjährigen Herbstversammlung des ärztlichen Centralvereins eine ganz besondere Weihe verleihen!

Also, liebe Collegen! Den Staub von den Füssen und frischen Herzens auf nach Olten!

Original-Arbeiten.

Die Geburtshülfe und Gynæcologie in ihrer Stellung als klinische Lehrfächer.

Antrittsrede an der Zürcher Universität gehalten am 21. Juli 1888

von Prof. Dr. **Th. Wyder.**

Hochgeehrte Versammlung!

Wenn die hohen Staatsbehörden einem Arzte eine academische Lehrstelle und die Leitung einer klinischen Anstalt anvertrauen und ihn damit würdigen, an der grossen, aber auch verantwortungsvollen Aufgabe theilzunehmen, die angehenden Jünger Aesculaps in die medicinische Wissenschaft einzuführen, so ist es wohl am Platze, dass der so Geehrte beim Beginn seiner Amtsthätigkeit vor den Collegen und Schülern sein — sit venia verbo — Glaubensbekenntniss ablegt. Und so trete ich denn, hochgeehrte Versammlung, heute vor Sie, in der Absicht, Ihnen kurz den Standpunkt darzulegen, welchen ich als Lehrer und Vertreter des gynæcologischen Lehrfaches, als Schüler meiner hochverehrten Lehrer *Gusserow*



und *Winckel* einnehme, welchen ich auch jeder Zeit in Vorlesungen und Klinik zu vertreten gedenke.

Ich darf wohl, ohne mir den Vorwurf eines beschränkten Gesichtskreises zuzuziehen, gleich den Satz voran stellen, dass die Gynaecologie im weiteren Sinne des Wortes eine hervorragende Stellung im Wissensschatze des practischen Arztes einzunehmen berechtigt ist, da doch auch die Physiologie und Pathologie des weiblichen Sexualapparates nicht nur im Haushalte des ganzen Organismus, sondern auch im socialen Leben überhaupt eine grosse Rolle spielt.

Trotzdem gab es eine Zeit, und sie liegt noch nicht ferne, wo nur ein Bruchtheil der Gynæcologie, nämlich die Geburtshülfe, ernstlich gepflegt wurde, während man den andern Theil, die Gynæcologie im engern Sinne, d. h. die Pathologie und Therapie des nicht graviden Sexualapparates fast völlig vernachlässigte und bei Seite schob.

Erst die letzten Decennien und namentlich die Jahre seit *Lister* riefen einen völligen Umschwung der Dinge hervor. Hatte die gynæcologische Diagnostik auch schon vor *Lister* durch Einführung der Sonde, des Speculums, insbesondere aber durch die combinirte Untersuchung erhebliche Fortschritte gemacht, so waren es doch eigentlich erst die Antiseptik und damit Hand in Hand eine sich immer mehr vervollkommnende Operationstechnik, welche der gynæcologischen Thätigkeit ungeahnte Erfolge sicherten und der Gynæcologie unter den practischen Fächern der Medicin den Rang und das Ansehen verschafften, welche sie jetzt einnimmt.

Wer sich von dem gewaltigen Unterschiede zwischen der heutigen Gynæcologie und derjenigen vor 30 Jahren überzeugen will, der schlage irgend ein Capitel in einem der modernen Lehrbücher (z. B. *Schrœder*, das von *Billroth & Lücke* herausgegebene Sammelwerk, oder die operative Gynæcologie von *Hegar* und *Kaltenbach*) auf und vergleiche es mit den analogen Abschnitten aus einem der früher gebräuchlichen Werke (z. B. *Kiwisch*, klinische Vorträge, 1855).

Welcher Arzt hätte es sich noch vor 30 Jahren träumen lassen, dass es so bald möglich sein werde, die früher so furchtbar hohe Mortalität der Ovariotomie auf 5% und weniger herunterzudrücken, ja dass es einzelnen Operateuren gelingen werde, Serien von 100 und mehr Ovariotomien ohne einen einzigen Todesfall auszuführen? Wer hätte es damals für glaublich gehalten, dass auch in nicht gar ferner Zeit die Sterblichkeitsziffer der vaginalen Uterusexstirpation, einer damals fast absolut tödtlichen Operation, kaum 10% erreichen werde, dass endlich der durch abdominale Entfernung grosser, lebensgefährliche Erscheinungen hervorrufender Fibromyome des Uterus erzielte Erfolg den Gynæcologen berechtigen werde, auch hier den früher so eng gesteckten Indicationskreis ganz bedeutend zu erweitern?

Aber nicht nur die technische Seite des Faches hat in den letzten Jahren bedeutende Fortschritte zu verzeichnen. Auch der pathologisch-anatomischen Forschung der Neuzeit verdanken wir namhafte Errungenschaften, welche nicht nur wissenschaftliches Interesse beanspruchen, sondern auch von hoher practischer Bedeutung sind.

Wer erinnert sich bei diesem Anlasse nicht an unsere modernen Anschauungen über das Wesen der Erosion, über deren Beziehungen zum Carcinom? Wem steht nicht die Bedeutung, welche die microscopische Untersuchung in unserem Fache für die Diagnostik und Therapie gewonnen hat, vor Augen?

Dass diese enormen Fortschritte einen bedeutenden Einfluss auf den klinischen Unterricht ausüben mussten, liegt auf der Hand. Früher erstreckte sich derselbe fast ausschliesslich auf geburtshülfliche Fälle und war man namentlich an kleinen Universitäten mit einem kleinen Krankenmaterial oft in grosser Verlegenheit, so dass die Lehrstunden grösstentheils ausgefüllt werden mussten mit der Untersuchung von Schwangern und Wöchnerinnen. War die klinische Demonstration solcher Fälle an und für sich sehr werthvoll und wichtig für den zukünftigen Practiker, so verlor sie doch sehr bald, weil sie sich immer und immer wiederholte, das richtige Interesse und gar mancher junge Arzt war in Folge der daraus resultirenden Vernachlässigung des Faches gezwungen, nach glücklich bestandenem Staatsexamen sich an grösseren Universitäten (wie z. B. Prag, Wien und Berlin) für die Praxis hinreichende geburtshülfliche Kenntnisse zu verschaffen.

Wie belebend und erfrischend musste unter solchen Umständen die Hineinziehung der jungen Schwesterdisciplin, der Gynæcologie, auf den klinischen Unterricht wirken! Nun war man nicht mehr gezwungen, immer und immer wieder meistens gesunde Schwangere oder Wöchnerinnen zu demonstriren; man konnte jetzt auch zur Gynæcologie seine Zuflucht nehmen und die Kliniken anziehend und interessant machen durch die Vorstellung gynæcologischer Fälle; man konnte auch seit Einbürgerung der *Lister*'schen Antiseptik den Studirenden ad oculos demonstriren, dass man sich auch auf dem Gebiete der Gynæcologie kühne, vorher fast absolut tödtliche Eingriffe erlauben darf, wenn man nur dafür Sorge trägt, dass keine Infectionsträger mit dem Operationsfelde in Berührung kommen.

Dass auch die Geburtshülfe unter dem segensreichen Einflusse der Antiseptik ganz ausgezeichnete Fortschritte machte, braucht wohl nicht besonders hervorgehoben zu werden. Wer sich ein richtiges Urtheil darüber verschaffen will, der vergleiche die Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken der letzten 10 Jahre mit denen vor Mitte der 70er Jahre. Damals noch wurde trotz allgemeiner Anerkennung der *Semmelweiss*'schen Principien eine erschreckend grosse Anzahl von Frauen vom Kindbettfieber ergriffen und damit nicht nur das Leben mancher Mutter in der Blüthe ihrer Jahre vernichtet, sondern zu gleicher Zeit auch so manches glückliche Familienleben auf immer zerstört. Jetzt besteht zwischen sämmtlichen Kliniken ein eifriger, ja ich möchte fast sagen heiliger Wettstreit, durch möglichst gewissenhafte Befolgung der antiseptischen Cautelen das Puerperalfieber, diesen schrecklichen Würgengel des Menschengeschlechtes möglichst aus den Anstalten zu verbannen und diesen Bemühungen verdanken wir es, dass heut zu Tage eine Mortalität von über 1% in Gebäranstalten als eine Schande betrachtet werden muss und den Leitern derselben mit Recht schwere Vorwürfe zuzieht.

Nachdem einmal in Kliniken der Nachweis geleistet worden ist, dass das Kindbettfieber keine Erkrankung ist, welche durch ein in der Luft schwebendes

Agens erzeugt wird, ohne dass Arzt und Hebamme eine Schuld trifft, sondern dass es sich dabei fast immer um directe Ansteckung der Kreissenden handelt, hat sich auch ausserhalb der Anstalten ein erfreulicher Fortschritt zur Besserung geltend gemacht.

Die Mehrzahl der practischen Aerzte hat die Wichtigkeit der Desinfectionslehre für die Geburtshülfe einsehen gelernt und wenn auch die aus dieser Einsicht entspringenden Maassnahmen noch keineswegs überall als ideale zu bezeichnen sind, so besteht doch, vielerorts wenigstens, der gute Wille, den Anforderungen, welche die Antiseptik stellt, möglichst gerecht zu werden.

Dass ein solches Beispiel auch auf die Hebammen, welche heut zu Tage ausserdem noch in den Lehranstalten vollauf Gelegenheit haben, sich von dem Nutzen der Antiseptik zu überzeugen, einen günstigen Einfluss ausüben musste und fortwährend noch ausübt, liegt auf der Hand. Und so ist denn die erfreuliche Thatsache zu verzeichnen, dass auch in der Privatpraxis seit Einführung der *Lister*'schen Lehre die Mortalitätsstatistiken bedeutend kleinere Zahlen aufzuweisen haben als früher. Freilich sind letztere noch viel zu hoch und mahnen uns dringend, mit den erreichten Resultaten nicht zufrieden zu sein, sondern mit ganzer Kraft und Energie auf dem einmal betretenen Wege fortzuschreiten. So wird es möglich werden, dem idealen Ziele, das Kindbettfieber völlig zu tilgen, wenigstens nahe zu kommen.

Auch die operative Geburtshülfe hat in den letzten Jahren grosse Triumphe gefeiert. Zum Beweise will ich nur daran erinnern, dass die Mortalität des Kaiserschnittes, die bis vor Kurzem noch 80 und mehr Procent betrug, so bedeutend gesunken ist, dass bereits einzelne Autoren die Frage ventiliren, ob nicht die Craniotomie lebender Kinder ganz durch die Sectio Cæsarea zu ersetzen sei: betrug doch die Sterblichkeit bei letzterer Operation, 33 Mal in den Kliniken von Dresden und Leipzig ausgeführt, nur 9%! —

Bei all' den enormen Fortschritten, welche die operative Gynæcologie hauptsächlich in den letzten Jahren gemacht hat, erscheint die Frage wohl gerechtfertigt, welchen Standpunkt der klinische Lehrer in seinem Unterrichte einzunehmen hat, wie weit es erspriesslich ist, seine Schüler mit diesen Errungenschaften bekannt zu machen, in welchem Maasse er beiden Theilen der Gynaecologie, der Geburtshülfe sowohl als den Frauenkrankheiten in seinen Vorlesungen und bei seinen Demonstrationen gerecht werden soll.

Diese Frage scheint mir um so mehr am Platze zu sein, als die Gynæcologie den Reiz der Neuheit für sich hat und dieselbe, wie ich dies schon vorhin hervorgehoben habe, den grossen Vortheil geniesst, dass sie viel unabhängiger von Zeit und Ort zum Unterricht herangezogen werden kann, als dies bei der Geburtshülfe der Fall ist.

Die Gefahr der Einseitigkeit liegt nahe und wenn man auf diesen Punkt hin verschiedene Kliniken, grosse und kleine, mustert, so springt sofort die Thatsache in die Augen, dass in gar vielen Anstalten der Unterricht fast

ausschliesslich ein gynaecologischer, ja an einzelnen Orten hauptsächlich operativer geworden ist, während die Geburtshülfe immer mehr in den Hintergrund verdrängt wurde.

Die eben aufgeworfene Frage, welchen Standpunkt der klinische Lehrer in seinem Unterrichte den Studirenden gegenüber einzunehmen habe, um beiden Disciplinen der Gynæcologie gerecht zu werden, lässt sich am besten beantworten, wenn man sich vergegenwärtigt, wozu denn überhaupt der geburtshülflich-gynæcologische Unterricht dienen soll.

Meiner Ansicht nach hat derselbe nicht den Zweck, den angehenden Mediciner zum Specialisten heranzubilden, sondern es fällt ihm ausschliesslich die Aufgabe zu, tüchtige practische Aerzte mit ausbilden zu helfen. Wenn wir uns nun fragen, ob die Geburtshülfe oder die Gynæcologie für den Practiker von grösserer Bedeutung ist, so lautet die Antwort dahin, dass der practische Arzt zwar die Frauenkrankheiten nicht vernachlässigen darf, dass man von ihm aus den verschiedensten wichtigsten Gründen eine Summe gynæcologischer Kenntnisse verlangen kann, dass derselbe aber in erster Linie Geburtshelfer, nicht Gynaecologe sein muss.

Wenn der Arzt zu einem geburtshülflichen Falle gerufen wird, besteht in der grossen Mehrzahl der Fälle bereits eine Gefahr für Mutter oder Kind, oder für beide Theile. Das Leben von 2 Menschen ist buchstäblich in seine Hand gelegt. Eine falsche Untersuchung, eine unrichtige Indicationsstellung, eine ungeschickte Operation kann das Leben des einen oder andern, oder beider Theile gefährden, ja selbst vernichten. Dazu kommt noch, dass in gar vielen Fällen die Situation keinen Aufschub gestattet und der Arzt dieselbe schon von vorneherein beherrschen muss. Wer z. B., zu einer atonischen Nachblutung gerufen, zuerst, bevor er therapeutisch eingreift, seinen *„Schröder“* oder *„Spiegelberg“* nachlesen wollte, der könnte es erleben, dass der Tod an Verblutung bereits eingetreten ist, bevor er den betreffenden Abschnitt zu Ende gelesen hat.

Gar oft ist also eine sofortige richtige Auffassung der Sachlage, eine rasche, richtige Ueberlegung und darnach ein schnelles, zweckmässiges Eingreifen von lebensrettender Bedeutung. Wer bei einer kritischen Situation, oft noch verschlimmert durch äussere Verhältnisse, wie mangelhaftes Licht und Raum, schlechte Assistenz etc. den Kopf verliert, wer sich dann auf das verlassen will, was er während seiner Studienzeit vielleicht mühsam auswendig gelernt hat, der ist verloren und mit ihm leider so manche junge Mutter!

Geistesgegenwart auch in peinlicher Lage, eine rasche Orientirung, logisches Denkvermögen und eine gewisse Dextrität, das sind diejenigen Eigenschaften, welche ein tüchtiger Geburtshelfer besitzen muss.

Bei keiner anderen Disciplin der practischen Medicin müssen, wie ich glaube, die genannten Eigenschaften in höherem Maasse vorhanden sein als bei der Geburtshülfe. Es ist deshalb unser Fach sehr geeignet, einen Prüfstein abzugeben für die Tauglichkeit zum medicinischen Berufe überhaupt.

Wem die oben genannten Factoren abgehen, wer sich blos auf Auswendig-

gelerntes verlassen will, das gewöhnlich im kritischen Momente im Stiche lässt, der passt weder zum practischen Arzte im Allgemeinen noch zum Geburtshelfer im Speciellen.

Dass die eben ausgesprochene Ansicht auch vom Laienpublicum getheilt wird, dafür spricht eine allgemein gemachte Erfahrung.

Ein junger Arzt hat keine bessere Gelegenheit, seine ganze Tüchtigkeit zu documentiren, als durch eine glücklich zu Ende geführte operative Geburt. Damit imponirt er gewöhnlich am meisten und es sorgt die geschäftige Fama, hier besonders begünstigt durch die Frauenwelt, schon dafür, dass der Fall bekannt werde. Mancher tüchtige Arzt, dessen Praxis lange, lange brach lag, hat sich durch eine oder nur ein paar geburtshülfliche Operationen rasch ein grosses Ansehen erworben. Umgekehrt hat sich aber auch schon mancher junge Mediciner, der bereits einen guten Anfang gemacht hatte, seine Carrière in der betreffenden Gegend vollständig ruinirt durch eine vielleicht nicht einmal durch eigenes Verschulden unglücklich verlaufene Geburt.

Gediegene Kenntnisse in der innern Medicin sind für den Laien nicht so bestechend; grosse und schwere chirurgische Operationen verlangt das Publicum nicht vom practischen Arzte — dazu sind die Kliniker und Specialisten da — geburtshülfliche Operationen aber dulden meist keinen Aufschub und müssen in der grossen Mehrzahl der Fälle vom ersten besten Practiker ausgeführt werden.

Wenn man diese Dinge berücksichtigt, so wird man sich wohl sagen müssen, dass der gynæcologische Lehrer nach wie vor bedacht sein müsse, in seinem Unterricht die Schüler hauptsächlich mit den geburtshülflichen Maximen vertraut zu machen, dafür zu sorgen, dass dieselben quasi in Fleisch und Blut übergehen, damit sie nicht im kritischen Augenblicke zum Schaden für die Pflegebefohlenen, für deren Familie und für sich selbst vergessen werden.

Dazu dient nun in erster Linie eine genaue und unermüdliche Anleitung und Anregung zur Beobachtung normaler Geburten. Nur derjenige Arzt, welcher den regelrechten Geburtsact genau und öfters studirt hat, kann in der Praxis diejenige Sicherheit entwickeln, welche ihn in den Stand setzt, Anomalien sofort zu erkennen und deren Bedeutung richtig zu beurtheilen.

Eine sorgfältige und öftere Untersuchung, wobei der Studirende gleich an eine gewisse Reihenfolge gewöhnt werde, damit er keine Hauptsachen vergesse, wird ihn auch später in den Stand setzen, mit der Sicherheit, mit der Autorität der Kreissenden, deren Umgebung und auch der Hebamme gegenüber aufzutreten, welche nothwendig ist, damit die Geburt einen normalen Verlauf nehme. Die genannten Personen entwickeln während des Geburtsactes oft einen feinen Instinct und merken es manchmal schon in der ersten halben Stunde, wie es mit den Kenntnissen, mit dem Selbstvertrauen und der Sicherheit des gerufenen Arztes steht. Namentlich ist es wichtig, dass sich diese Sicherheit des Auftretens dann manifestire, wenn die normale Geburt sich in die Länge zieht oder im Verlaufe derselben sich irgend welche Regelwidrigkeit entwickelt. Dann wird oft die Geduld des Arztes auf eine harte Probe gestellt, weil die Geduld der Parturiens und

deren Umgebung erschöpft ist und Alles auf ihn einstürmt, endlich etwas für die arme Frau zu thun. Wie mancher Arzt, dem eben die nöthige Ruhe und Sicherheit des Wissens und Auftretens fehlten, hat sich da nicht schon dazu verleiten und drängen lassen, die Entbindung zu einer Zeit vorzunehmen, wo noch keine stricte Indication bestund und vor Allem, wo die nothwendigen Vorbedingungen für die Vornahme einer Operation noch fehlten. Oft schon sind dann während des Eingriffes die vorhandenen Schwierigkeiten und die fehlende Indication erkannt worden, aber der furor operativus, der jetzt den Operateur befiel, die Angst, sich bloszustellen, und der daraus entspringende Entschluss, unter allen Umständen was einmal angefangen zu vollenden, waren Schuld daran, dass so manche Geburt einen unglücklichen Verlauf für Mutter und Kind nahm. Mir selber sind aus eigener Erfahrung mehrere Fälle bekannt, wo aus diesen Gründen Uterusrupturen zu Stande kamen, welche dann den tödtlichen Ausgang für die Mutter verschuldeten. Es gibt kein Fach in der ganzen Medicin, das ein so grosses Sündenregister aufzuweisen hat wie die Geburtshülfe und eine grosse Anzahl der verunglückten Fälle sind eben durch die genannten Missstände verschuldet worden.

(Schluss folgt.)

Beiträge zur Kenntniss der Neurosen des Magens und des Darms.

Von Dr. **Alex. Peyer.**

I. Casuistische Mittheilungen über krankhaftes Hungergefühl, Heisshunger oder Ochsenhunger (Bulimie, Cynorexie).

Im Sommer 1885 wurde ich eines Nachmittags eiligst auf ein kleines Landgut in der Nähe der Stadt zu einer mir schon bekannten Frau gerufen. Die Kranke lag noch in dem circa 300 Schritte entfernten Nachbarshause, wo sie plötzlich von der Krankheit überfallen worden war.

Ich fand die 32jährige, kräftig gebaute, gut genährte und gesund aussehende Frau stöhnend auf dem Bette liegen. Neben ihr standen die Besitzerin des Hauses und deren Tochter, eifrigst beschäftigt, aus einem auf dem Tische stehenden Korbe rohe Eier zu nehmen, dieselben zu öffnen und sie der Kranken, die mit zitternder Gier darauf wartete, in den Mund zu geben. Kaum hatte sie wieder eines hastig verschlungen, als sie stöhnte: Ach Gott! Mehr, mehr! Die Eier gingen auf die Neige; in wenig Minuten war das 23ste von Frau K. verschlungen und immer noch jammerte sie nach „mehr“, indem sie schreckliche Qualen leide. Ich liess nun eine Flasche starken Weins im Keller holen, von dem Patientin ein Glas nach dem andern hinunterstürzte. Allmälig wurde sie ruhiger und lag mit geschlossenen Augen erschöpft und halb schlummernd da.

Die der Kranken befreundete Frau erzählte mir nun Folgendes: Frau K. — welche ich früher schon an chronischer Metritis behandelt hatte — habe seit circa $^1/_4$ Jahr viel Kummer und Verdruss in Folge häuslichen Zwistes. Ihr Mann, welcher bedeutend jünger sei als sie, und den sie sehr liebe, wolle sich von ihr scheiden lassen und heute Morgen habe sie eine gerichtliche Vorladung deswegen bekommen. Die Betreffende habe ihr dies gleich in höchster Aufregung mitgetheilt.

Am Nachmittag sei Frau K. wieder gekommen und habe viel geweint und gejammert. Plötzlich habe sie über ein krampfartiges Gefühl von Elendsein in der Magengegend geklagt. Dieses habe zugenommen trotz einer Tasse Milch, die sie getrunken. Es gesellte sich dazu ein intensives, bohrendes, schmerzhaftes Hungergefühl, das wuchs,

während die Betreffende ein grosses Becken Milch (ca. 3 Schoppen) hastig leerte. Immer wurde ihr weher, ein Gefühl von Bangigkeit liess sie an ihr nahes Ende glauben; sie musste laut stöhnen und jammern und rief: Gebt mir zu essen, ich muss sonst sterben! In aller Hast kam nun der Eiervorrath an die Reihe.

Die Patientin hatte also in circa $^3/_4$ Stunden 3 Schoppen Milch, 23 Eier und 2 Schoppen Wein zu sich genommen.

Am Morgen des folgenden Tages machte ich meinen Besuch und war sehr begierig zu erfahren, wie der Patientin ihre Mahlzeit bekommen sei.

Zu meinem Erstaunen fand ich dieselbe vollkommen wohl; sie hatte gut geschlafen, war wieder aufgestanden, verrichtete ihre Arbeit; nicht die geringsten Verdauungsbeschwerden. Seit dieser Zeit bis jetzt nie wieder ein ähnlicher Anfall oder auch nur Spuren von Heisshunger. Sie schilderte mir nun ihren Anfall, indem sie sagte, dass das Hungergefühl von einem unsäglichen Weh- und Schmerzgefühl in der Magengegend begleitet gewesen sei; sie habe geglaubt, sterben zu müssen und die verschlungenen Speisen haben ihren Zustand nicht gemildert; sie habe gar nicht das Gefühl gehabt, als ob dieselben in den Magen gekommen seien. Erst der starke Wein, an den sie gar nicht gewöhnt war, habe ihr Erleichterung gebracht, indem er sie etwas betäubte.

Wir haben hier einen typischen Fall von acuter Bulimie vor uns und es fällt uns der pathognomonische Charakter dieser Affection sofort in die Augen. Es handelt sich hier nicht um eine einfache Steigerung des Appetites, sondern um eine acute Neurose der Magennerven, welche das Gefühl einer unendlichen Leere, eines quälenden, nagenden Hungers verursacht, dem meist ein entschieden schmerzhaftes Element beigemischt ist. In heftigeren Anfällen können sich diese Symptome zu einer furchtbaren Höhe steigern und so für die Befallenen ein schreckliches Leiden darstellen. Die acute Bulimie ist jedoch ein ziemlich seltenes Leiden und ganz besonders in der beschriebenen hochgradigen Form, und nicht jedem Arzte kommt in seiner Praxis ein solch typischer Fall zur Beobachtung.

Viel häufiger ist die chronische Form der Krankheit und in dieser ist sie auch am besten beschrieben. Es präsentirt sich dieselbe unter verschiedenen klinischen Bildern, welche wir hier an der Hand von Beispielen aus der Praxis kurz besprechen wollen.

In der Mehrzahl der Fälle stellt sich nach der Mahlzeit das Gefühl der Sättigung ein, wie bei andern Menschen mit normaler Verdauung; es sind dazu auch nicht auffallende Mengen von Nahrung nothwendig.

Ungemein rasch jedoch, oft schon nach 1 oder höchstens 2 Stunden stellt sich der Hunger wieder ein und zwar in abnormer Intensität und abnormer Form. Denn in der Regel ist auch der chronischen Form das schmerzhafte Element beigesellt, das wir in dem acuten Falle beobachtet haben und welches die Affection zu einer so peinlichen macht. Wird der Hunger nicht sogleich befriedigt, so können sich unangenehme, alarmirende Zufälle ereignen, ganz wie bei der acuten Form; so z. B. stellen sich collapsähnliche Zustände ein; die Patienten werden ohnmächtig etc. Auch in der Nacht werden die Kranken von ihrem nagenden Hungergefühle geweckt und müssen dasselbe befriedigen. Es unterscheiden sich diese Fälle eigentlich nur dadurch von der acuten Affection, dass sie längere Zeit, Wochen und Monate, den Kranken immer wieder anfallen und im Ganzen dann nicht so hochgradig auftreten.

Im Anfang meiner practischen Thätigkeit behandelte ich eine junge, sonst sehr kräftige Dame, welche durch eine schwere Pneumonie furchtbar herunter gekommen war. Ihr Körpergewicht hatte im Verlaufe von 4 Wochen etwa um 30 Pfund abgenommen. Mit beginnender Reconvalescenz muss dieselbe mindestens jede Stunde etwas essen, nicht sehr viel auf einmal, aber doch muss sie absolut essen und trinken, ansonst ihr eigenthümlich blöd und weh wird in der Magengegend. Zum grossen Schrecken der Familie treten nun auf einmal in der Nacht ganz eigenthümliche Anfälle auf. Patientin schläft sehr leicht und gut ein. Nach einigen Stunden fängt sie an im Schlafe unruhig zu werden und zu stöhnen; dann erwacht sie mit intensinem Wehgefühl; sie kann aber nicht sagen, was ihr fehlt; fortwährend krampfhaftes Gähnen; kalter Schweiss; dann sinkt sie zurück und leichte Ohnmacht umfängt sie. Sofort wird ihr ein Glas starken Weins eingeflösst, worauf sie wieder zu sich kommt und zu essen verlangt, weil sie furchtbar hungrig sei. Dann Besserbefinden und Wiedereinschlafen. In der gleichen Nacht kann die Affection noch 1—2 Mal auftreten.

Ich erklärte nun die Anfälle als im Schlafe auftretenden Heisshunger, liess Patientin alle zwei Stunden wecken und tüchtig füttern, worauf dieselben complet ausblieben. Mit der Erstarkung der Gesundheit verlor sich auch das abnorme Hungergefühl vollständig. In diesem Falle repräsentirte die Bulimie jedenfalls eine Neurose, hervorgegangen aus grosser, allgemeiner körperlicher Schwäche. Denn mit dem Abnehmen derselben verschwand auch der Heisshunger.

Ein anderes klinisches Bild bietet folgender Fall:

Die gut genährte, gesund und kräftig aussehende Frau Oberförster H., 22 Jahre alt, hatte schon seit ihrer Kindheit, hauptsächlich aber seit ihrer Entwicklungsperiode viel von ihren Nerven zu leiden. Vor einem Jahre hat sie zum ersten Male geboren und seitdem ist ihre reizbare Nervenschwäche noch hochgradiger geworden. Patientin fühlt sich meist gemüthlich herabgestimmt, weint viel und leidet an Herzpalpitationen, Rückenschmerz und Stuhlverstopfung.

Fast regelmässig jeden Morgen bald nach dem Frühstück stellt sich bei der jungen Frau ein bohrendes, nagendes Hungergefühl in der Magengegend ein, welches sie zwingt, sich sofort niederzusetzen. Dasselbe wird rasch stärker und schmerzhaft; das Gefühl einer unendlichen Leere macht sich geltend; dann Brausen in den Ohren und Schwarzwerden vor den Augen. Die drohende Ohnmacht kann Patientin nur dadurch verhüten, dass sie schnell ein Glas starken Weins hinunterstürzt. Darauf ist sie im Stande, eine tüchtige Portion Fleisch zu essen, und der Anfall ist vorüber.

Verschiedene Lendenmarksymptome veranlassten mich, eine gynäcologische Untersuchung vorzunehmen, wodurch das Vorhandensein einer chronischen Endometritis constatirt wurde. Eine örtliche Behandlung derselben besserte die allgemeine reizbare Nervenschwäche und auch der fast regelmässig wiederkehrende Heisshungeranfall schwand damit.

Hier war derselbe entschieden als ein hysterisches Symptom aufzufassen, grossentheils abhängig von der uterinen Erkrankung.

Zuweilen beobachten wir, dass die chronische Bulimie mit eigentlicher Polyphagie oder Gefrässigkeit verbunden ist, dass die Patienten enorme Quantitäten von Nahrungsmitteln verschlingen und doch dabei abmagern, wie ein folgender Fall illustrirt.

Frau W., 36 Jahre alt, Mutter von zwei gesunden, kräftigen Kindern ist stark gebaut, gut genährt und von gesundem Aussehen. Von sehr egoistischem, neidischem und rücksichtslosem Charakter, ändert sich derselbe mit beginnender Sommerhitze in auffallendem Grade.

Die Frau wird sanfter, rücksichtsvoller gegen Andere; sie bereut ihr selbstsüchtiges, egoistisches Wesen und verspricht, sich vollständig zu ändern.

Im weitern Verlauf wird Patientin in allen Sachen sehr ängstlich und unsicher; sie wagt nichts mehr von sich aus zu thun; dabei klagt sie über einen lästigen Druck im Hinterkopf, verbunden mit grosser Gedächtnisschwäche. Mit den einfachsten Zahlen kann

sie nicht mehr operiren und fragt die nämlichen Dinge immer wieder, ohne sie behalten zu können.

Der Appetit steigert sich unterdessen zur wahrhaften Gefrässigkeit; mindestens alle zwei Stunden muss Patientin bedeutende Quantitäten Speisen zu sich nehmen. Unterlässt sie dies einmal — aber auch sonst — stellen sich Anwandlungen von schmerzhaftem Heisshunger ein und Frau B. ist dann genöthigt, rasch mehrere Gläser Wein oder Bier hinunterzustürzen. Ist sie von Hause weg, so eilt sie bei einem solchen Anfall ins erste beste Wirthshaus. Auch Nachts treten diese Attaquen ein und sie muss deshalb immer Wein und Esswaaren neben dem Bette haben.

Trotz der wahrhaft erstaunlichen Mengen von Speisen und Getränk wird aber Patientin immer magerer und elender.

Mit dem Schwinden der Sommerhitze ändert sich auch das ganze Krankheitsbild, nachdem es mehr oder weniger hochgradig $1^1/_2$—3 Monate gedauert hat.

Die Gefrässigkeit verliert sich, die Heisshungeranfälle werden immer seltener, das Aussehen bessert sich, das Körpergewicht nimmt wieder zu und die geistigen Fähigkeiten kehren wieder. Aber ebenso schwinden auch die pathologische Weichheit und Sanftmuth des Charakters und machen wieder den gewöhnlichen, mehr unangenehmen Eigenschaften desselben Platz.

Die Mutter der Betreffenden, sowie zwei Brüder der Mutter haben lange Jahre an periodisch auftretender schwerer Neurasthenie gelitten.

In diesem Falle haben wir den Heisshunger wohl nur als ein Symptom der Neurasthenie zu betrachten, mit welcher es auftritt und verschwindet. Auffallend ist hier, wie schon Anfangs erwähnt, die grosse Erschöpfung der Patientin, ihre rasche Abmagerung bei enormer Nahrungsaufnahme und die Abnahme der geistigen Fähigkeiten.

Wenn nun *Cl. Bernard* diese Symptome dadurch zu erklären versucht, dass er sagt, der grösste Theil der Kräfte des Organismus werde eben erschöpft durch die gesteigerte Verdauungsfähigkeit, so kann ich mich für obigen Fall nicht damit einverstanden erklären.

Ich halte hier, wie schon erwähnt, die Bulimie für ein Symptom und nicht für die Ursache der Neurasthenie, welche hier höchst wahrscheinlich in erblicher Belastung zu suchen ist.

Der chronische Heisshunger kann aber auch als ein fortwährendes nagendes, schmerzhaftes, durch keine Speiseeinfuhr zu tilgendes Hungergefühl sich documentiren; es ist dasselbe mehr oder minder ständig vorhanden, während des Essens, nach dem Essen, Tag und Nacht. Einen derartigen, ausgezeichneten, Jahre lang dauernden Fall habe ich nur einmal beobachtet.

Es handelte sich um einen grossen, kräftig gebauten Schuhmacher aus dem badischen Höhgau. Der 32jährige, etwas anæmisch aussehende Mann ist schon Jahre lang mit seinem quälenden Uebel behaftet. Nie, auch nach den grössten Quantitäten von Nahrung, verliert er das quälende, nagende, schmerzhafte Hungergefühl in der Magengegend. Immer muss er an seinen Zustand denken und erfindet alle möglichen Raffinerien im Essen und Trinken, um denselben zu beseitigen. Local ist absolut nichts nachzuweisen; keine Schmerzhaftigkeit des Magens; keine Dilatation desselben.

Auffallend ist bei der Urinuntersuchung das jedesmal sofort eintretende kolossale Sediment von harnsauren Salzen.

Trotz genauester Anamnese konnte ich keinen Grund dieses eigenthümlichen Leidens entdecken. Erblich ist er nicht belastet. Auch die sexuellen Funktionen des noch ledigen Mannes scheinen sich vollkommen in Ordnung zu befinden. Nie geschlechtliche Infection. Die Behandlung war daher eine rein symptomatische und beschränkte sich zuerst auf Verabreichung von Stahlpräparaten. Nachher kam Brom an die Reihe, ferner salpetersaures

Wismuthoxyd und Arsenik. Keine Besserung. Auch Electricität und hydropathische Behandlung nützten nichts, Ich musste den Patienten ungeheilt entlassen und habe ihn später aus den Augen verloren.

Werfen wir zum Schluss noch einmal einen Blick auf die verschiedenen Formen der Bulimie, so werden wir zwei Hauptgruppen unterscheiden können: die acute und die chronische.

Die acute Form charakterisirt sich dadurch, dass sie ohne Prodromalsymptome auftritt, ganz plötzlich, unvermuthet und mit stürmischer Heftigkeit, so dass die Patienten selbst und ihre Umgebung die Affection für eine schwere Erkrankung halten. In Zeit einer halben bis einer ganzen Stunde ist der Anfall vorbei und kehrt nicht wieder, oder wenigstens nur in sehr langen Zwischenräumen.

Die chronische Form dagegen hat mancherlei Vorläufer; die Patienten haben gewöhnlich schon einige Zeit vorher verschiedene neurasthenische oder hysterische Symptome, auffallend häufiges Nahrungsbedürfniss etc., die Anfälle kehren täglich ein oder mehrere Male, oder aber das krankhafte Hungergefühl ist in mehr oder weniger starkem Grade ständig vorhanden, Tage, Monate, ja selbst Jahre.

Die Ursachen des Heisshungers haben wir bereits alle in unsern verschiedenen Krankheitsgeschichten kennen gelernt. Sie sind:

I. Anhaltende Erregung des Nervensystems durch Kummer und Sorgen (Krankengeschichte 1).

II. Erschöpfungszustände des ganzen Körpers und des Nervensystems nach langen und schweren Erkrankungen (Krankengeschichte 2).

III. Allgemeine erbliche Neurasthenie (Krankengeschichte 4) und

IV. Hysterie (Krankengeschichte 3).

V. In einer kleinen Anzahl von Fällen können wir keine Ursache der Affection ausfindig machen, sondern müssen sie als eine für sich existirende Neurose des Magens betrachten.

Die Therapie der Bulimie wird, da letztere meist nur als ein Symptom aufzufassen ist, keine specifische sein, sondern wir werden suchen, die Grundursache zu erforschen, und diese behandeln.

In Fällen z. B., wo der Heisshunger seine Entstehung allgemeiner Körperschwäche und Nervenerschöpfung nach schweren Krankheiten verdankt, macht sich die Therapie ganz von selbst. Sie besteht in sorgfältigem Roboriren des Patienten.

Liegt der Affection eine Erkrankung des sexuellen Systems zu Grunde, so werden wir letztere zu beseitigen suchen. Ist die Bulimie bedingt durch Neurasthenie oder Hysterie, so werden wir unsere therapeutische Aufmerksamkeit auf diese lenken.

Lässt sich keine Grundursache entdecken, so geben wir die Nervina und Toxica, z. B. Tinct. Valerian. und Tinct. ferr. pomat. āā oder Tinct. nervin Best.; auch Natr. bromat., ferner Arsenik und salpetersaures Wismuthoxyd.

Dr. *Guipon* empfiehlt vorzugsweise den lange fortgesetzten Genuss von rohem, geschabtem Fleisch.

Der Anfall selbst wird am besten coupirt oder erleichtert durch den möglichst schnellen Genuss von einem bis mehreren Gläsern starken Weins oder schweren Biers, was die Patienten übrigens bald selbst herausfinden.

Vereinsberichte.

Schweiz. Naturforscherfest in Solothurn.

Sitzung der medicinischen Section der schweizer. Naturforscher-Gesellschaft, der ärztlichen Gesellschaft des Cantons Solothurn und des Vereins jüngerer Aerzte und Apotheker von Solothurn und Bern im Cantonsrathssaale den 7. August 1888.

(Schluss.)

VI. Vortrag: Herr Prof. Dr. *Kronecker*, Bern. **Ueber den Einfluss der Uebung auf den Stoffwechsel.**

Prof. *Kronecker* theilt die Resultate von Versuchen mit, welche Dr. *Max Gruber* unter seiner Leitung im physiologischen Institute zu Bern an sich selbst angestellt.

Zuerst erwähnt er die frühern Ansichten über Arbeitsleistung und Wärmebildung der Muskeln. Aus den *Heidenhain*'schen Versuchen ergab sich mit Sicherheit, wie auch aus dem zweiten Satze der mechanischen Wärmetheorie, dass vom Muskel nicht Wärme in Arbeit umgesetzt werden kann. *Heidenhain* fand, dass die Wärmebildung mit der Arbeit resp. Spannung der Muskeln wächst und *Fick* bemerkte ferner, dass der Muskel nicht blos bei seiner Contraction, sondern auch bei seiner Ausdehnung wärmer wird. Es müsste nun entweder die Wärmeentwicklung neben der Arbeit verlaufen, so dass der Gesammtaufwand mit der Leistung in grösserem Verhältnisse wachse als die Leistung selbst, oder aber die Wärme müsste durch die Bewegung als Nebenproduct geliefert werden (etwa durch moleculare Reibung). Im ersteren Falle müsste der Stoffverbrauch bei der Muskelaction schneller wachsen als die Arbeit. — Der Vortragende untersuchte schon vor Jahren die Ermüdung als Maass des Stoffverbrauches und fand unter Anderem, dass bei gleichem Reize die Muskeln, welche kleine Lasten heben müssen, ebenso schnell ermüden, wie wenn sie mit grossen Lasten sich contrahiren, denn der Muskel macht seine Kräfte disponibel, bevor er seine Bewegung (Zuckung) beginnt; er ist also noch unbeeinflusst durch die Ueberlastung, die sich erst im Verlaufe der Zuckung geltend macht.

Wodurch wird nun aber die Grösse des Stoffumsatzes bestimmt? Sicherlich nicht allein durch die Grösse des Reizes.

Die Leistungsfähigkeit wird in erster Linie durch die Ernährung des Muskels bedingt. Von dem Spannkraftsvorrathe ist für den Muskel in jedem Momente nur ein kleiner Theil disponibel; es braucht daher wiederholte Reize, um schnell grössere Mengen von Energie im Muskel frei zu machen. Daraus ist schon ersichtlich, dass der Muskel nicht von seinem eigenen Stoffe zehrt. *Kronecker* hat dann mit Andern gefunden, dass nur das Serumeiweiss als Kraftspender für den Thierkörper anzusehen ist, d. h. Muskelarbeit ermöglicht. — Jedoch hat nicht etwa der Harnstoff oder ein anderes Zersetzungsproduct des Eiweisses als Maass des Stoffwechsels zu gelten; denn nach *Voit* etc. ist bei Muskelarbeit die Harnstoffausscheidung nicht entsprechend vermehrt. Nach der übereinstimmenden Ansicht aller Forscher wächst aber mit der Muskelthätigkeit die Bildung und Ausscheidung der Kohlensäure. Diese beiden Thatsachen führten nun zu der Anschauung, dass stickstofffreie Substanzen als Kraftquellen für den Thierkörper anzusehen seien. Im Muskel schrieb man dem Glycogen diese Aufgabe zu. Nach *Luchsinger* können aber die Muskeln hungernder Thiere glycogenfrei werden, ohne dass sie gelähmt werden, also kann Glycogen nicht die einzige Kraftquelle sein. Von Fett und Zucker gilt das gleiche.

Andererseits hat *Hermann* nachgewiesen, dass der Muskel reichlich CO^2 entwickelt ohne Sauerstoffzufuhr; er nimmt an, dass CO^2 von einem complicirten Eiweisskörper sich abspalte und als Rest Myosin bleibe. Wie viel CO^2 bei gemessener Muskelaction gebildet wird, darüber fehlen zuverlässige Angaben. Vergleiche der geleisteten Arbeit mit den gasförmigen Stoffwechselproducten fehlen ebenfalls.

E. Smith bemerkte, dass ein Mann bei der Arbeit fünf Mal mehr CO^2 ausschied, als in der Ruhe. *Voit* fand bei angestrengter Arbeit die Vermehrung nur um das zwei-, dreifache beim hungernden Menschen, um das ein-, sechsfache beim normal ernährten. Beobachtungen aus dem täglichen Leben machen wahrscheinlich, dass der Stoffumsatz nicht in so directem Verhältniss zur Arbeitsleistung stehe, wie gewöhnlich vorausgesetzt wird. Ein schwächlicher, schlecht genährter Mensch hebt und trägt oft grosse Lasten ohne grosse Athemnoth oder Ermüdung, während kräftige, wohl genährte, aber ungeübte Leute oft schon beim Heben unbedeutender Lasten Müdigkeit und Athemnoth verspüren. Solche Betrachtungen führten auf den Gedanken, zu untersuchen, ob die Uebung die bei der Arbeit ausgeschiedene CO^2-Menge herabsetze.

Herr Dr. *Gruber* schickte zu diesen Untersuchungen seine Ausathmungsluft durch einen mit Natronkalk gefüllten Absorptionsapparat und inspirirte durch die Nase aus der Atmosphäre. Genaueres ist in Herrn *Gruber*'s Dissertation zu lesen.

Dr. *Gruber* bestimmte die während 20 Minuten von ihm ausgeathmete CO^2:

1) während er ruhig sass;

2) während er im Zimmer, mit dem Apparate belastet, umherging;

3) während er ungeübt vom Aarespiegel bis zur Höhe des Münsterthurmes in Bern hinaufstieg, also sein Gewicht von 73 kg. 100 m. hob, d. h. eine Arbeit von 7300 kg. Meter leistete;

4) während er den gleichen Steigversuch ausführte, nachdem er 14 Tage lang in diesen Besteigungen sich geübt hatte.

Folgende Tabelle enthält die Resultate seiner wichtigsten Versuchsreihe:

	Gewicht der während 20 Minuten ausgeschiedenen CO^2:
1) In der Ruhe	9,706
2) Beim Gehen auf der Ebene	17,390
3) Beim Steigen ungeübt	39,939
"	41,024
4) Beim Steigen geübt	32,063

Daraus ergäbe sich also etwa folgendes Verhältniss: Beim Gehen auf ebener Erde producirte Herr Dr. *Gruber* zweimal mehr CO^2 als in der Ruhe, beim Steigen in geübtem Zustande dreimal so viel wie in der Ruhe und im ungeübten Zustande viermal so viel. Die Uebung hat also den Stoffwechsel um 25% herabgesetzt.

Nach *Kronecker* geschieht die Ersparniss im geübten Zustande wohl erstens dadurch, dass man die Miterregungen der Circulationsgebiete (Wallungen) und der Drüsengebiete (Schwitzen) vermeiden lernt und sodann dadurch, dass man die Erregungen der Muskelcentren auf ein Minimum beschränkt. Es ist also die Gymnastik des Gehirns wesentlicher als die Gymnastik der Muskeln.

Unterdessen war es schon 11 Uhr geworden; die Tractanden mussten doch programmmässig abgewickelt werden, deshalb wurde die Sitzung für 3/4 Stunden unterbrochen, um zum Frühschoppen zu schreiten, der von Herrn Dr. *A. Kottmann* den Medicinern in gütigster Weise dargeboten wurde. Nach dreistündiger Anstrengung des Gehirns bot nun diese Erregung der sympathischen Bauchnerven eine grosse Erleichterung dar. Der aufmerksame Beobachter hätte sich auch hier von der Richtigkeit des von Herrn Prof. *Kronecker* aufgestellten Satzes überzeugen können, indem die verschiedenen Grade der Wallungen (Miterregung der Circulationsgebiete) bei den Herren Gästen ganz genau dem geübten oder ungeübten Zustand entsprachen, in welchem gearbeitet wurde.

Neu gestärkt schritt man also um 11 3/4 Uhr zum zweiten Theil der Sitzung.



VII. Vortrag: Herr Dr. *Kaufmann*, Docent in Zürich. **Ueber den Nachweis metallischer Fremdkörper im menschlichen Organismus mittelst der Telephon'schen Sonde und der Inductionswaage.**

Die Telephon'sche Sonde, auch Bell'sche Sonde genannt (nach Prof. Bell, dem Erfinder des Telephones) wurde zuerst von Dr. *Girdner* in New-York angewendet. Sie besteht aus einer mit dem Telephon durch eine Leitungsschnur verbundenen Stahlplatte oder Stahlgriff und einer an der untern Leitungsschnur des Telephones mittelst Schraube fixirbaren Stahlsonde.

Girdner hat in zwei Fällen so die Kugel nachgewiesen und nachher extrahirt. Die Lage der Kugel wird bei intacter Haut durch die Inductionswaage bestimmt oder sie wird in einer Fistel oder in einem Schusscanale vermuthet. In der Nähe dieser Stelle wird die Metallplatte stark mit Essig benetzt auf die Haut aufgedrückt und nun bei intacter Haut eine Stahlnadel gut desinficirt durch die Haut in die Tiefe gestossen, bei vorhandener Fistel dagegen eine Stahlsonde in die Fistel vorgeschoben. Im Momente der Berührung der Kugel hört der Arzt im Telephon ein deutliches „Click", das bei jeder erneuten Berührung wiederkehrt.

Sobald Stahlplatte und Sonde in leitende Verbindung mit dem menschlichen Körper gebracht werden, resultirt ein schwacher, constanter Strom; dieser Strom steigt bei Berührung der Kugel bedeutend an und diese Stromesschwankung erregt die Eisenplatte des Telephons. Die Stahlsonde vermittelt also den Stromschluss resp. die Leitung zum Telephon.

Da die Stromesschwankung um so bedeutender wird — und damit auch die Einwirkung auf das Telephon — je grösser die electrische Differenz der beiden verschiedenen Metalle ist, so ist zum Bleinachweise (Projectil) die Stahlplatte sehr geeignet. Um dem Uebelstand, dass sie leicht rostet, abzuhelfen, könnte man sie durch eine kleine Platindrahtspirale ersetzen. Zum Nachweis von Fremdkörpern aus Eisen, Kupfer, Silber empfiehlt sich an Stelle der Stahlplatte ein amalgamirter Zinkstab, der durch Benetzen mit Zinksulfatlösung in leitende Verbindung mit dem menschlichen Körper gebracht wird.

An Stelle der Stahlsonde, die nur den Stromesschluss besorgt, lassen sich beliebige Instrumente aus Stahl verwenden, besonders Extractionsinstrumente, Pincetten, Kornzangen etc., die dann auch sehr geeignet sind zur sofortigen Extraction des metallischen Körpers.

Wenn ein Telephon erhältlich ist, so lässt sich die Bell'sche Sonde überall improvisiren: Die Leitungsschnüre entnimmt man einem Inductionsapparate und verwendet z. B. einen Esslöffel oder eine Scheere statt der Stahlplatte und eine Stricknadel etc. an Stelle der Stahlsonde.

Die Inductionswaage (von Prof. *Hughes* in London erfunden) wurde bis jetzt einzig von Dr. *Girdner* in practische Anwendung gebracht. Mit einer Modification des *Girdner*'schen Apparates, die Herr Prof. *Weber*, Director des physicalischen Institutes am eidgenössischen Polytechnicum, construirte, konnte der Vortragende die Vetterlikugel in einer Entfernung von 5 cm., die Rubinkugel von 6 cm. nachweisen.

Jede Inductionswaage besteht aus zwei Paaren von Drahtrollen; durch das eine Paar passirt ein Inductionsstrom, der auf das andere Rollenpaar inducirend wirkt. Die beiden Rollen dieses Paares sind nun so construirt, dass die in ihnen resultirenden Inductionsströme einander entgegengesetzt verlaufen. Wenn die Ströme gleich stark sind und sich gegenseitig compensiren, so gibt ein in den Stromkreis eingeschaltetes Telephon kein Geräusch. Befindet sich aber in der Nähe der einen Inductionsrolle ein metallischer Körper, so wächst der Inductionsstrom dieser Rolle an und wirkt auf's Telephon, wo sofort ein deutliches Geräusch auftritt. Zu dem Fremdkörpernachweis im menschlichen Körper ist daher ein möglichst empfindlicher Apparat nothwendig.

Bei dem von dem Vortragenden endgültig benützten Apparate liegen die je eine Spirale bildenden beiden Drahtrollen unmittelbar an einander. An der einen Spuhle befindet sich die Regulationsvorrichtung (eine kleine Drahtrolle), welche mit der Inductionsrolle in

leitender Verbindung steht und der Hauptspuhle genähert und entfernt werden kann. Die zweite Spuhle ist der Sucher, der Stempelform hat.

Als Inductionsapparat wird ein gewöhnlicher Schlittenapparat verwendet, der etwa 300 Unterbrechungen pro Secunde macht. Der Vortragende gebraucht zwei Bell'sche Handtelephone, die mittelst eines Stahlbügels am Kopf fixirt werden.

Die Inductionswaage gestattet den Kugelnachweis ohne Behelligung der Wunde. Ihre Anwendung ist vor Allem indicirt bei den Schädelschüssen, wo das Projectil im Gehirn oder irgendwo im Schädel stecken geblieben. Gelingt der Nachweis des Geschosses mittelst dieses Apparates, so wird man an dem sogenannten „tönenden" Punkte den Schädel trepaniren, durch die Trepanationsöffnung die Stahlnadel der Telephon'schen Sonde in das Gehirn einführen, um die Kugel direct zu erreichen, deren Extraction bei dem jetzigen Stande der Gehirnchirurgie wohl thunlich ist.

Zum Schluss wurden beide Apparate demonstrirt und die Herren Aerzte konnten sich von der Zuverlässigkeit derselben überzeugen.

VIII. Vortrag: Herr Prof. *Kronecker*, Bern. **Ueber den Einfluss der Bauchfüllung auf Athmung und Kreislauf.**

Der Vortragende demonstrirte einen Versuch an einem narcotisirten Kaninchen, um den Einfluss der Bauchfüllung auf Athmung und Kreislauf zu beobachten. Er findet diese Besprechung mit Demonstration um so passender, da gerade dem Arzte in praxi bei der Schwangerschaft, bei Geschwülsten oder Ascites der Abdominalhöhle der Zustand hochgradiger Bauchfüllung begegnet. Herr Dr. *Heinricius* bestimmte durch Versuche im physiologischen Institute zu Bern das Volumen der Baucheingeweide von mittelgrossen Kaninchen in gutem Futterzustande auf etwa 500 cm^3.

Er füllte nun durch eine Doppelwegcanüle die Bauchhöhle narcotisirter Kaninchen mit 1% Kochsalzlösung und fand, dass man den Bauchinhalt verdreifachen kann (d. h. 1 Liter Salzwasser einspritzen kann), ohne dass Circulation oder Respiration merklich verändert werden; erst wenn man die Bauchfüllung noch höher steigert, werden die Athemzüge häufiger und das in der Zeiteinheit aufgenommene Luftquantum steigt sogar etwas. — Lässt man hernach den Bauchinhalt rasch abfliessen, so sinkt die Respirationsfrequenz erst allmälig und die aufgenommenen Luftvolumina bleiben lange über normal. — Der Blutdruck steigt im Verlaufe der Bauchfüllung und erreicht sein Maximum, wenn die Pulse deutlich seltener werden. Bei weiterer Füllung werden die langsamen Herzschläge schwächer und verschwinden endlich.

Diesen Erscheinungen liegen weniger mechanische als nervöse Ursachen zu Grunde. Durch Zerrung der sympathischen Bauchnerven werden die Vaguscentren erregt und zugleich auch das Gefässnervencentrum in Reizzustand versetzt. In den höchsten Graden der Bauchfüllung wird auch die Athmung mechanisch gehindert und so der Symptomencomplex der Asphyxie eingeleitet.

Zum Schlusse brachte Herr Dr. *Blanc* aus Lausanne noch eine kurze Mittheilung über einen **Fall von Cysticercus des Auges,** der von Dr. *Dufour* in Lausanne operirt worden war und demonstrirte zugleich das betreffende Präparat.

Um 1 Uhr gingen die Vorträge zu Ende und die höchst lehrreiche Sitzung wurde geschlossen. Es folgte nun das gemeinsame Mittagessen in der „Krone", wo alle Sectionen der naturforschenden Gesellschaft sich wieder zum allgemeinen Theil zusammenfanden. Nach einigen gemüthlichen Stunden wurde die ganze Gesellschaft mit Extrazug nach den v. Roll'schen Eisenwerken in Gerlafingen entführt, wo ihr die Herren Directoren von Biberist und Gerlafingen einen herzlichen Empfang bereiteten und splendide Gastfreundschaft ausübten. Abends wieder Heimfahrt mit Extrazug, und nun war der officielle Theil des zweiten Festtages, des Medicinertages, zu Ende.

Referate und Kritiken.

Untersuchungen über die Gesundheitsverhältnisse der Fabrikbevölkerung in der Schweiz
mit besonderer Berücksichtigung des Krankenkassenwesens.

Von Dr. *F. Schuler* und Dr. *A. E. Burckhardt.* Aarau, H. R. Sauerländer, 1887.

Was nicht immer zutrifft, hier kommt es voll zur Geltung, das Sprichwort: Was lange währt, wird gut. Die Bestrebungen der schweizerischen Aerzte, genauere Anhaltspunkte zu gewinnen über die hygieinischen Bedingungen, unter welchen der Arbeiter in Fabrik- oder Hausindustrie lebt, reichen zurück in die Jahre, in welchen die bestehende schweizerische Fabrikgesetzgebung entworfen wurde (1875 und 1876). Aber erst 1880 erwuchs diesen Bestrebungen eine ausführende Hand, als *Schuler*, das ärztliche Mitglied des Fabrikinspectorates, sich erbot, wenigstens aus seinem Wirkungskreise das Material aus den Fabrikkrankenkassen zu sammeln. Durch welche Mühen hat der Weg nun zum Ziele geführt? Wie viele Energie war nöthig, um die Sache in Gang zu bringen; wie viele persönliche Rücksprache, um die Zurückhaltenden zur Theilnahme zu bewegen, die Lässigen zu fördern; wie viele Nachfragen, um die Lücken des Materiales zu ergänzen, seine Ungleichheiten auszuebnen; und als endlich von durchschnittlich 18,000 Krankenkassenmitgliedern für 4 Beobachtungsjahre das Material da lag, als — nocturna versante manu, versante diurna — die Zählblätter gesichtet und disponirt wurden, wie oft mögen da unvermeidliche Mängel des auf freiwilligem — nicht amtlichem — Wege gesammelten Materiales den Bearbeitern Kopfzerbrechen verursacht haben? Dies alles ahnt der Leser kaum oder vergisst es wieder, wenn er nun auf 180 Seiten klar und übersichtlich die Resultate vor sich sieht.

Das Material entstammt grösstentheils dem I. Inspectionskreise, dem Amtsbezirke des einen Verfassers; die circa 18,000 beobachteten Krankenkassenmitglieder bilden etwas mehr als die Hälfte aller Versicherten, nahezu ein Viertheil der 75,000 Fabrikarbeiter, welche in den betreffenden Cantonen leben. Der I. Theil der Arbeit bringt neben der Entstehungsgeschichte derselben und der Kritik des Materiales die Tabellen über die Erkrankungsfrequenz der Arbeiter nach Industrie, Alter und Geschlecht, sowie die Tabellen über die Krankheitsdauer und über die Erkrankungen durch Verletzungen. Im Ganzen ergibt sich mit steigendem Alter eine Zunahme sowohl der Erkrankungen als ihrer Dauer; nur die Männer von 19—30 Jahren stehen in letzterer Beziehung günstiger als die von 14—18 Jahren.

Es erkrankten von je 1000 jeder Altersklasse jährlich:	männlichen	weiblichen Arbeitern
im Alter von 14—18 Jahren	164	174
„ „ „ 19—30 „	258	248
„ „ „ 31—50 „	315	292
„ „ „ über 50 „	437	398
Die Dauer der einzelnen Erkrankung betrug Tage:		
im Alter von 14—18 Jahren	19,3	22,3
„ „ „ 19—30 „	18,1	24,3
„ „ „ 31—50 „	21,7	26,2
„ „ „ über 50 „	28,4	30,0

Im II. Theile werden uns die einzelnen Krankheitsgruppen nach Industrien vorgeführt: Krankheiten der Verdauungsorgane, der Athmungsorgane u. s. w. bis zu Verletzungen und Verschiedenes; weiter in's Einzelne zu gehen, war bei der Ungenauigkeit und individuellen Differenz in den ärztlichen Krankheitsdiagnosen unmöglich. Für jeden Fabrikationszweig erhalten wir zunächst eine Schilderung über seine Entwicklung und seine gegenwärtigen Verhältnisse, sowie die ihm eigenthümlichen Schädlichkeiten, als passende Einleitung zu den nachfolgenden morbiditätsstatistischen Mittheilungen. Da dieselbe Fabrikation meist verschiedene, auch hygieinisch sehr verschiedenwerthige Thätigkeiten umfasst, so ist auch die Morbidität für die verschiedenen Arbeitergruppen, ausserdem soweit nöthig für die Geschlechter auseinander gehalten.

Ref. hält es nicht für seinen Beruf, weiter in's Einzelne zu gehen, Zahlen und Schlussfolgerungen herauszugreifen, welche erst in ihrem Zusammenhange und durch den



Weg, auf welchem sie gewonnen worden sind, ihren vollen richtigen Sinn erhalten. Diese Zeilen sollen vielmehr nur dazu dienen, die Lecture der Schrift auf's wärmste zu empfehlen, einmal ihrer interessanten Ergebnisse wegen und dann, nicht zum wenigsten, auch des Weges halber, welcher zu diesen Ergebnissen geführt hat. Es ist ja leider noch immer so, dass fast bei jedem Blicke in ein medicinisches Lehrbuch oder in eine Zeitschrift wir auf „statistische" Angaben stossen, bei denen man sich entweder gar nichts denken kann oder doch nicht das, was der Verf. voraussetzt, und dass man alljährlich einen stattlichen Bericht, wenn nicht über die Fortschritte, so doch über die Fortdauer der medicinalstatistischen Gedankenlosigkeit compiliren könnte. Um so erfreulicher ist eine Arbeit, bei welcher das Material mit vollkommener kritischer Vorsicht methodisch richtig verwerthet ist. Neben der Beschäftigung werden überall die für das Krankwerden so massgebenden Factoren von Alter und Geschlecht gehörig hervorgehoben, so dass nur Vergleichbares verglichen und in den Schlüssen nirgends weiter gegangen wird, als es die Natur der zu Grunde liegenden Zahlen erlaubt.

Also auch in dieser Richtung ist die Schrift lehrreich und anregend. Und dürfte sie nicht auch im einen oder andern Leser den Antrieb wecken zu ähnlicher Forschung? Noch sind ja viele Fragen nicht beantwortet, sondern nur angedeutet; ganze ausgedehnte Industrien sind in der vorliegenden Arbeit gar nicht vertreten. Den Verfassern wäre es gewiss der willkommenste Dank für ihre mühevolle Arbeit, wenn auf dem betretenen Wege ihnen Mitarbeiter folgen zum Ausbau einer allseitigen zuverlässigen Darstellung der gesundheitlichen Zustände der Fabrikarbeiter. Je exacter die Diagnose, um so wirksamer kann auch die Prophylaxe der Schädigungen werden. Vivant sequentes!

Lotz.

Klinisch-toxicologische Mittheilungen (aus der medicinischen Klinik in Zürich).

Von *A. Huber*. Zeitschrift für klinische Medicin Bd. XIV, S. 5 und 6.

Der Verfasser gibt in der grossen und fleissigen, mit einer Tafel versehenen Arbeit eine eingehende Darstellung der in den letzten Jahren auf der Züricher Klinik beobachteten Vergiftungen. Sein Material umfasst 22 Beobachtungen, nämlich: Arsenikvergiftung 1 Fall, Sublimat 1, Carbolsäure 1, Jod 1, Kohlenoxyd 3, Phosphor 4, Schwefelsäure 4, Salpetersäure 2, Opium 1, Berlinerblau 1, Atropin 3 Fälle. Diese Mittheilungen sind um so erwünschter, als die Intoxicationen in der speciellen Pathologie vielleicht im Allgemeinen etwas stiefmütterlich behandelt worden. Der practische Arzt hat nicht geringe Mühe, das Wissenswerthe über die einzelnen Vergiftungen sich aus der zerstreuten Literatur zusammenzusuchen. Die *Huber*'sche Arbeit bietet in dieser Beziehung reichliches eigenes und literarisches Material. Das Interesse des Gegenstandes liegt nicht nur darin, dass es practisch richtig ist, eine Vergiftung diagnosticiren und behandeln zu können, sondern auch in den allgemein pathologischen Erwägungen, welche durch die erst neuerdings aufgedeckten Beziehungen zwischen Infection und Intoxication nahegelegt werden. Namentlich auch nach dieser Richtung hin verdienen die Vergiftungen in hohem Maasse auch von Seiten der Kliniker und Allgemein-Pathologen die Berücksichtigung, die ihnen bisher mehr von den Toxicologen und gerichtlichen Medicinern geschenkt worden ist. Bekanntlich beruht in der innern Medicin weit mehr auf Vergiftung, als man früher annahm. — Eine besondere Erwähnung verdient es, dass *H.* 3 Fälle von Berlinerblauvergiftung mittheilt, während dieser Körper sonst allgemein als ungiftig angesehen wird, wenn man absieht von der durch keine Casuistik belegten Angabe *Böhm*'s, dass in Färbereien Berlinerblau gelegentlich zu Blausäurevergiftung Veranlassung gegeben habe.

Bern. *Sahli.*

Zur Erinnerung an Bernhard von Langenbeck.

Rede, gehalten von *Ernst von Bergmann*. Berlin, A. Hirschwald.

Ein Denkmal begeisterter Anerkennung und dankbarer Verehrung wird hier dem hochverdienten Altmeister der Chirurgie von seinem Nachfolger auf dem Berliner Lehrstuhl gesetzt, indem er uns *v. Langenbeck*'s Bedeutung für die deutsche Chirurgie schildert. Dass es eine solche gibt, dass sie sich vom Auslande emancipirt hat und eine selbstständige, Achtung gebietende Stellung einnimmt, ist wie kaum einem Zweiten eben *v. Langenbeck* zu verdanken. Drei Punkte hebt *B.* namentlich hervor, um die Bedeutung *v. Lan-*

genbeck's besonders in's Licht zu stellen: Die Begründung der Chirurgie auf physiologische und histologische Basis, als deren schönste Frucht wir die subperiostalen Resectionen anzusehen haben, die Eröffnung neuer Operationsgebiete, und endlich seine Verdienste um die Kriegschirurgie und das Sanitätswesen der Armee. Das Bild dieses Feldherrn auf dem Gebiete der Wissenschaft wird vervollständigt durch Züge gewinnendster Freundlichkeit und Herzlichkeit insbesondere gegen seine Kranken und seine Schüler. — Der Lebensgang *v. Langenbeck*'s, der als Sohn eines Pfarrers selbst zum Theologen bestimmt war, dann aber in Göttingen Medicin studirte, nach einer wissenschaftlichen Reise in's Ausland sich in Göttingen als Privatdocent für Physiologie und pathologische Anatomie habilitirte, 1841 als Professor der Chirurgie nach Kiel und 1848 als Nachfolger *Dieffenbach*'s nach Berlin berufen wurde, wird uns in kurzen Zügen ebenfalls vorgeführt.

Wiesmann.

Zur Tracheotomie bei Diphtherie und Croup im Kindesalter.

Basler Inauguraldissertation von *Robert Jenny* von St. Gallen.
Leipzig, Druck von Jb. Hirschfeld, 1888.

Für jedes ärztliche Handeln muss mehr und mehr auf breitester Grundlage eine statistische Werthmessung stattfinden. Jeder derartige Beitrag ist daher mit Freuden zu begrüssen, um so mehr, wenn, wie hier, eines trefflichen Mannes reiche Erfahrung gewissenhafte und fleissige Bearbeitung gefunden. Auch die Ergebnisse *Kappeler*'s im Cantonsspitale Münsterlingen zeigen es wieder auf's Deutlichste: Die Tracheotomie bei Diphtherie, ausschliesslich bei Lebensgefahr ausgeführt, rettete so viele Kinder vom Tode, schenkt ihnen so vollständiges und dauerndes Wohlbefinden, hat eine so geringe Zahl bleibender Functionsstörungen im Gefolge, dass sie unter den übrigen lebensrettenden Operationen nicht nur würdig, sondern als eine der ersten dasteht. *Seitz.*

Die historische Entwickelung der Heilmittellehre.

Rede, gehalten zur Feier des Stiftungstages der militär-ärztlichen Bildungsanstalten, von Prof. Dr. *Oscar Liebreich.* Berlin, A. Hirschwald, 1887.

Eine kurze Rede kann bloss einzelne Punkte einer historischen Entwickelung berühren. Es ist aber wohlgethan, wenn immer solche Streiflichter auf die Vergangenheit geworfen werden, damit derjenige Theil des jetzigen Geschlechtes, der vor allem Examenstrebend, Praxis-strebend, daran gemahnt werde, wie es denn eigentlich gekommen, dass er so gescheidt geworden — ihm sei daher das Schriftchen zu gefälliger Einsicht bestens empfohlen. *Seitz.*

Die Zuckerharnruhr,

ihre Ursache und dauernde Heilung. Auf Grundlage langjähriger Erfahrungen und wissenschaftlicher Beobachtungen. Von Med. Dr. *Emil Schnée*, Brunnenarzt in Carlsbad, k. k. österreichisch-ungarischer Consulatsarzt an der Riviera in Monaco. Stuttgart, Süddeutsches Verlagsinstitut, 1888.

„Diabetes entstammt in allen Fällen hereditärer Lues." „Diabetes ist heilbar" nach „meiner combinirten Behandlungsweise", die eigentlich gar nichts Besonderes bietet. „Endlich habe ich noch Kali chromicum und Mercurialpräparate meiner combinirten Methode mit glänzendem Erfolge beigefügt, und zwar je nach Bedarf innerlich wie äusserlich zur Massage." Zum Beweise „das erste Dutzend Heilungen," welche dürften „gewissermaassen die nach Hunderten zählenden, von mir seit 1881 geheilten Fälle zu repräsentiren geeignet sein." Zur Verzierung das Bekannte über die Zuckerkrankheit. *Seitz.*

Ueber den Croup und seine Stellung zur Diphtheritis.

Von Dr. *Franz Minnich*, Primararzt am St. Johannes-Spitale zu Salzburg. Separatabdruck aus der „Wiener Klinik". Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1888.

Verfasser hat das Vorkommen von „Croup und Diphtherie in den Orten Salzburg, Hallein und Oberndorf" in den Jahren 1840 bis 1885 verglichen und berichtet über 54 eigene Tracheotomiefälle. Er glaubt, zwei verschiedene Krankheiten, „Croup" und „Diphtherie" — jene aus Erkältung, diese aus einem besondern Virus entstehend — an-



nehmen zu müssen, unterschieden durch die allgemein angegebenen Merkmale. Mir ist es nicht möglich geworden, aus der Arbeit einen Beweis dafür zu ersehen; vielmehr habe ich einfach den Eindruck bekommen, als sei eben auch in Salzburg und Umgebung wie anderwärts eine sehr bedeutende Steigerung der Häufigkeit der einen Pilzkrankheit „Diphtherie“ in den letzten Jahren vorgekommen. Auch im Uebrigen ist die Arbeit eine weitere Bestätigung des Bekannten in dieser Sache und daher von Werth. *Seitz.*

Practische Anleitung zum microscopischen Nachweis der Bacterien im thierischen Gewebe. Von Dr. *H. Kühne.* Leipzig, Günthers Verlag.

Der durch Arbeiten aus dem Gebiete der Farbentechnik bekannte Verfasser gibt in einer 44 Seiten starken Brochure eine brauchbare Anweisung zum Bacteriennachweis in microscopischen Schnitten. Er beschränkt sich auf die drei Kernfarben: Methylenblau, Fuchsin und Hexamethylviolett, indem diese zur Färbung aller bekannten Bacterien ausreichen. Die Détails über Anfertigung der Schnitte (ausschliesslich mit dem Gefriermicrotom), die Uebertragung von einem Schälchen in's andere, die Ausbreitung auf dem Objectträger etc. — alles ist sorgfältig geschildert und oft abweichend von den allgemein gebräuchlichen Manipulationen. Ob ein Anfänger solches nur aus der Beschreibung erlernen kann, scheint dem Ref. sehr fraglich. Wer bereits einige Uebung in der microscopischen Technik besitzt, wird in dem Büchlein viel practisch Verwerthbares finden. Verf. sucht so viel als möglich den Alcohol zur Schnittentfärbung entbehrlich zu machen, und strebt eine sorgfältige Behandlung der Präparate zur Schonung des histologischen Gefüges an. Im Anhang gibt Verf. die Zusammensetzung von 18 Farblösungen.

Garrè.

Vergleichende Beurtheilung der verschiedenen Methoden des Steinschnitts bei Männern. Von Dr. *Jos. Smits.* Pietzcker, Tübingen. 88 pag. Preis Mk. 1. 80.

Eine sehr fleissige Arbeit, die auf Grundlage einer Inaugural-Dissertation mit Berücksichtigung einer sehr ausgedehnten Literatur zu vorliegender Brochure erweitert wurde. *S.* bespricht im 1. Capitel die Geschichte des Steinschnitts, in den folgenden Capiteln die Sectio alta, subpubica, den Medianschnitt, die Sectio perinealis lateralis, und endlich die Sectio rectalis. An diese Capitel, in denen mit möglichst vollständiger Berücksichtigung der Literatur, Methodik und deren Modificationen, Nachbehandlung und Statistik besprochen ist, schliesst sich als 7. Capitel ein Vergleich der verschiedenen Ausführungen der Sectio alta. Darin empfiehlt Verf. die Blasennaht als idealstes Verfahren, obwohl die bisherigen Resultate eher für offene Behandlung bei Bauchlage sprechen. Das 8. Capitel bringt einen Vergleich der Sectio alta, mediana und lateralis. Eine schwierige Aufgabe wegen der grossen Differenzen in den Vorbedingungen. Die Mortalität ist absolut nicht maassgebend. Indem Verf. alle Vor- und Nachtheile der einzelnen Methoden (meist nach Ansichten erfahrener Autoren) abwiegt, glaubt er der Sectio alta vor allen den Vorzug geben und sie als „Methode der Wahl“ empfehlen zu dürfen. — Der Lithothrypsie wird nur nebenbei gedacht. *Garrè.*

Zuckerharnruhr, Korpulenz, Gicht und chronische Nierenkrankheiten. Mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchungsmethoden und diätetischen Behandlung. Von *W. Camerer.* Tübingen, Laupp, 1888. VII und 133 S.

Diese, recht heterogene Gegenstände behandelnde Schrift ist laut Vorrede nicht nur für Aerzte, sondern auch für das gebildete Publicum bestimmt. Sofern dies die erste Abtheilung — „der Stoffwechsel des Menschen“ — betrifft, scheint uns eine weitere Verbreitung desselben ganz empfehlenswerth; die speciellen Abhandlungen über die erwähnten Krankheiten derselben dürften dagegen auch bei dem gebildeten Laien eher Verwirrung, und häufig durch unreife und irrthümliche Beurtheilung seines Zustandes verkehrte Maassnahmen hervorrufen. Für diätetische Behandlung ist der Arzt mit seinen der sichern Diagnose folgenden Anordnungen und Belehrungen der richtige Berather; das beste Buch gibt dem Laien zu Missverständnissen Anlass. — Dem Fachmann wird das kleine Werk gute Dienste leisten. *Trechsel.*

Handbuch der Geburtshülfe.

Bearbeitet von Prof. Dr. *H. Fehling* in Basel, Prof. Dr. *H. Fritsch* in Breslau, Prof. Dr. *F. Kehrer* in Heidelberg, Prof. Dr. *L. Kleinwächter* in Czernowitz, Prof. Dr. *O. Küstner* in Dorpat, Prof. Dr. *P. Müller* in Bern, Prof. Dr. *F. Schauta* in Prag, Privatdocent Dr. *J. Veit* in Berlin, Prof. Dr. *R. Werth* in Kiel. Herausgegeben von Dr. *P. Müller*, Professor der Geburtshülfe und Gynæcologie an der Universität Bern. I. Band. 1888.

Nachdem die Frauenkrankheiten im chirurgischen Sammelwerk von *Billroth & Lücke* eine eingehende Bearbeitung gefunden haben, tritt nun auch die Geburtshülfe mit einer monographischen Darstellung auf. Schon die Namen der Autoren bürgen dafür, dass wir in den Erwartungen, die wir an ein solches Unternehmen setzen, nicht getäuscht werden. Das ganze Werk umfasst drei mittelgrosse Bände, wovon der erste nun erschienen ist, der zweite wird im Herbst, der dritte im nächsten Jahre folgen. Der Preis eines Bandes stellt sich durchschnittlich auf 16 Mk. Bei jedem Abschnitt finden wir ein sehr ausführliches Literaturverzeichniss, jedem Band ist ein Sach- und Autorenregister beigegeben. Die zahlreichen Illustrationen sind gut ausgeführt, überhaupt ist die ganze Ausstattung des Werkes tadellos.

Im ersten Band schildert uns Prof. *Kleinwächter* die geschichtliche Entwicklung der Geburtshülfe. Privatdocent Dr. *Veit* hat die Anatomie und Physiologie der weiblichen Sexualorgane und die Physiologie der Schwangerschaft bearbeitet, Prof. *Werth* die Physiologie der Geburt. Die normalen Vorgänge im Wochenbett und während der Lactation haben Prof. *Kehrer* als Bearbeiter.

Eine eingehendere Besprechung des Inhaltes dieser verschiedenen Abschnitte würde uns zu weit führen. *Tramêr.*

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge. Berlin, 1888. Fischer's medic. Buchhandlung. Redaction: Dr. *E. Hahn* und Prof. *P. Fürbringer*. 1. Heft: I. Ziele und Wege der ärztlichen Thätigkeit. II. Ueber Icterus, seine Entstehung und Behandlung. Von Prof. *H. Senator*.

I. ist die Antrittsrede *Senator*'s bei Eröffnung der Universitätspoliklinik in Berlin, eine Mahnung zur Vor- und Umsicht, bei deren Durchlesen selbst manchem Practiker seine Unterlassungssünden lebhaft aufgedeckt werden.

II. bezweckt unter Anderm die bisher übliche Unterscheidung des hepatogenen und hæmatogenen Icterus dahin zu präcisiren, dass ersterer als I. ohne Polycholie, letzterer als I. mit Polycholie taxirt wird; dieser ist selten, dauert höchst einige Tage und geht unter Umständen mit mehr oder weniger schweren Symptomen einher. Nach Aufzählung der möglichen Ursachen beider Arten von I., nach Erwähnung ihrer Symptome wird ganz summarisch die Therapie abgehandelt.

Wird dieses neue Unternehmen in, namentlich für den Practiker, gleich anregender und belehrender Weise fortgeführt, so wird es trotz bewährter Concurrenz seinen Platz behaupten. *Sigg.*

Kurzgefasster Leitfaden der Psychiatrie.

Von Dr. *J. L. A. Koch*, Director in Zwiefalten.
Ravensburg, Dorn'sche Buchhandlung. 1888. 151 S.

Das Schriftchen ist speciell für die Bedürfnisse der Studirenden, der practischen Aerzte und der Gerichtsärzte bestimmt. Ich glaube, wenn sich der Verfasser beschränkt hätte, dasselbe nur allein den Medicin Studirenden als Leitfaden beim Studium der Psychiatrie zum Zwecke ihres Examens zu widmen, würden sein Zweck und sein Inhalt besser übereinstimmen. Selbst bei dieser wesentlich beschränkteren Bestimmung mangelt dem Schriftchen mancherlei, was hinein gehört, wenn es seiner Aufgabe gerecht werden will, während dagegen so manche subjective Ansicht des Verfassers über diesen oder jenen psychiatrischen Gegenstand hätte unausgesprochen bleiben können, ohne dass für irgend Jemand dadurch ein Nachtheil entstanden wäre. Bei aller Knappheit des Inhalts tritt die Person, die Subjectivität des Verfassers, allzu schroff und oft hervor, ohne irgendwie einen originalen Eindruck machen zu können, wie er manchem ähnlich angelegten Schriftchen eigen ist. Ich bin überzeugt, dass der Verfasser damit sich und Andern mehr verspricht,

als er hält, und möchte ihm in Bezug auf die Abfassung psychiatrischer Lehrbücher das „nonum prematur in annum“ zur Beherzigung empfehlen. Bei allen Schwächen der Arbeit mache ich dem Verfasser gerne das Compliment, dass alles, was er geschrieben hat, sich sehr angenehm liest, und dass hierin ein entschiedenes schriftstellerisches Talent zum Ausdruck kommt. *L. W.*

Inzucht und Consanguinität.

Von *Schiller-Tietz*. Osterzwieck, Harz, Verlag von A. W. Zickfeldt. S. 34.

Verf. gehört zu den leidenschaftlichsten Verfechtern des schädlichen Einflusses der directen Consanguinität bei der Fortpflanzung. Er sucht ihn durch Erfahrungsthatsachen aus dem Gebiete des Pflanzen-, Thierreichs und der menschlichen Fortpflanzung zu beweisen. Er leitet nach ihm bald früher, bald später Degeneration der Individuen und der Race ein. Interessant und für mich neu ist, was Verf. über den verbessernden und ausgleichenden Einfluss der indirecten Consanguinität vorbringt. Es sind diese Sätze lesenswerth, da sich daran sehr wichtige nationalöconomische Folgerungen knüpfen würden, wenn sie sich bewährten. Die auf S. 27 angeführten Ergebnisse seiner Untersuchungen sucht er, nachdem er zuvor noch in Kürze den schädlichen Einfluss der Racenkreuzung besprochen hat, am Schlusse physiologisch zu erklären. *L. W.*

Die Chirurgie des Pankreas, gestützt auf Versuche und klinische Beobachtungen.

Von *Nicolaus Senn*, Chicago. Deutsch von Dr. *Lühe*.
Volkmann's klinische Vorträge Nr. 313 und 314.

Die auf S. 732 des letztjährigen Jahrganges unseres Corr.-Blattes bereits recensirte Arbeit liegt nun in guter deutscher Uebersetzung vor und wird, zumal sie in der *Volkmann*'schen Sammlung erschienen, die ihr gebührende Beachtung finden. *Kaufmann.*

Cantonale Correspondenzen.

Baselland. Mal perforant du pied auf neuropathischer Grundlage. Excision. Heilung. G. R., 42 Jahre, Landwirth. Vor 19 Jahren Fall von der Höhe von circa 40 Fuss mit nachfolgender Parese beider untern Extremitäten und der Blase. Nach 8 Wochen Gehvermögen wieder hergestellt bei andauernder Schwäche des linken Beines. Nach Jahresfrist Auftreten eines circa 10Rappenstück grossen, kreisrunden Geschwüres am Fussrücken: Spontane Heilung nach circa 1 Jahre.

Im März 1888, 19 Jahre nach dem Fall, Auftreten eines neuen Geschwüres an der Ferse. Befund bei der ersten ärztlichen Untersuchung Ende Juni 1888: Kreisrundes, wie mit einem Locheisen geschlagenes, circa 2Frankenstückgrosses Geschwür an der linken Ferse mit unterhöhlten Rändern und nekrotischem Grunde. Sensibilität der betr. Extremität stark herabgesetzt im Vergleich mit der rechten; Patellarreflex links aufgehoben, rechts normal; kein Zucker im Harn. Diagnose: Mal perforant auf neuroparalytischer Basis. Therapie: Faradisation; ferrum candens; Bettruhe; kein Erfolg. Excision des Geschwürs am 22. August 1888. Heilung per granulationem in 5 Wochen. *L. Gelpke.*

Bern. Zwei Monate in Londons Spitälern. In Freiberg im Erzgebirge wurde ich einmal vor Untersuchung gezogen und mit gerichtlicher Verfolgung bedroht, weil ich auf einen schon etwas fahrenden Eisenbahnzug aufgesprungen war; in London machte ich Bekanntschaft mit dem dort allgemein beliebten Sport, überhaupt erst den Zug zu besteigen, wenn derselbe schon hübsch rollt. Was der deutsche Staat vorsorglich zur Verhütung von Unheil seinen Bürgern verbietet, lässt man in England ruhig geschehen in der Voraussetzung, dass jeder Bürger für seine eigene Sicherheit selbst besorgt sei. In Deutschlands öffentlichem Leben ist das oberste Princip die Machtvollkommenheit des Staates, in England die Selbstherrlichkeit des Individuums; so sind auch Deutschlands Spitäler sehr häufig Staatsanstalten, die Spitalärzte Staatsbeamte; Englands Spitäler sind fast durchgehends Privatinstitute, unterhalten durch freiwillige Beiträge. Die deutsche medicinische Facultät thut sich viel darauf zu gute, mit den andern Facultäten gleichberechtigtes Kind der alma mater universitas zu sein. In England kann jeder Baumwollenlord eine Medical School gründen. Die Londoner Medical School hat mit irgend

etwas ähnlichem wie Universität überhaupt nichts zu thun. Die meisten grossen Londoner Spitäler (Privatspitäler) haben seit längerer oder kürzerer Zeit Medical Schools eingerichtet und Professoren angestellt; Staat oder Universität haben zur Wahl eines solchen Professors nichts zu sagen; dementsprechend ist der Professorentitel in London auch weniger hoch angesehen als bei uns. Die ehrenvollen Titel werden durch Examina erworben, für Chirurgen z. B. Fellow, master Royal College of Surgeons, London u. s. w. Die Bestimmungen für die Eintrittsexamen in die Medical Schools werden ebenfalls von den entsprechenden Privatinstituten selbst aufgestellt. Dieses Privatissimum hört auch dann nicht auf, wenn der Studiosus medicinæ zum Schlussexamen kommt; er wird dann wieder nicht vor eine staatliche Prüfungscommission gestellt, sondern z. B. wenn er Chirurge werden will, vor einen Ausschuss des Royal College of Surgeons, einer berühmten Aerztegesellschaft. Dass diese Gesellschaft durch Aufnahme blos tüchtiger junger Mediciner in die Aerztezunft in ihrem eigenen Interesse handeln wird, weiss der Staat und verleiht dem Diplom, das diese Gesellschaft angehenden Aerzten ausstellt, ohne Weiteres staatliche Sanction. Ohne staatliches Patent ist die Ausübung der ärztlichen Praxis in England nur sehr beschränkt gestattet.

In dieser Weise ist das englische Individualitätenprincip auch im Lehren und Lernen der Medicin so weit als denkbar möglich durchgeführt; die Früchte, die es reift, möchten wir in Folgendem so gut und kurz als möglich würdigen. Vorausschicken müssen wir, dass die vorliegenden Bemerkungen, welche sich speciell auf London beziehen, nicht ohne weiteres auf die übrigen medic. Facultäten des vereinigten Königreichs zu beziehen sind.

Der durchaus private Charakter der Spitäler und Medical Schools bietet die Möglichkeit ungehemmter Entwicklung persönlicher Originalität und benöthigt eine durchaus auf's Practische gerichtete Thätigkeit der Spitalärzte, welche durch möglichst viel erzielte Heilungen und Besserungen und durch höfliche und schonende Behandlung der Kranken dem Spital die nöthigen Unterhaltungsgelder zu gewinnen suchen. In den „Erinnerungen aus meinem Leben“ hebt *Strohmeyer* ganz besonders hervor, wie sehr ihm bei seinem Aufenthalt in England die durchaus practische Erziehung der englischen Medicinstudirenden gefallen habe. Als Dresser und Amanuensis lernt jeder englische Mediciner während wenigstens je eines Semesters den internen und chirurgischen Krankendienst. Ein guter Weg ist in der Hinsicht auch bei uns eingeschlagen worden in der Einrichtung klinischer Institute im Sinne *v. Ziemssen*'s, und speciell in Bern wurde diese Neuerung von vielen Studenten als sehr nützlich begrüsst.

Die Arbeitstheilung haben die Engländer so gut wie wir als ein Mittel erkannt, in speciellen Gebieten Vorzügliches zu leisten, jedoch gehen sie nicht so weit, wie es bei uns der Fall ist, wo ein innerer Mediciner „nichts versteht“ von Chirurgie, ein Chirurge fern steht der Physiologie u. s. w. Es werden vielmehr häufig einzelne Organ- oder Systemfunctionen und Erkrankungen ausgelesen, welche von einem und demselben Arzt in physiologischer, medicinischer und chirurgischer Richtung untersucht und behandelt werden. So ist z. B. der noch junge Londoner *Horsley*, Professor der Chirurgie am University College Hospital, docirt zugleich pathologische Anatomie, und ist Leiter des physiologischen Laboratoriums in *Brown*'s Institution; der Einwand, dass eine solche Zersplitterung der Kräfte die Productionsfähigkeit reducire, ist hier unstatthaft, denn *Horsley* ist sowohl in der Nervenphysiologie, als in der Chirurgie der nervösen Centralorgane und in Kachexia thyreoprivafragen rühmlichst bekannt und von Männern wie *Charcot* und *Bergmann* sehr ehrenvoll hervorgehoben.

Gynäcologie wird in England gewiss sehr zweckmässig von den Chirurgen, nicht von den Geburtshelfern betrieben; jedoch gibt es specielle Abdominalchirurgen für Frauen. (*Spencer Wells* und seine Schule).

Die Privatspitäler haben die Tendenz, als Spitalärzte und Professoren Männer anzustellen, welche sich nicht nur als wissenschaftlich tüchtig, sondern auch als im practischen Leben brauchbare Menschen erwiesen haben, und so kommt es, dass man so häufig mit Surgeons und Physicians zusammen kommt, die mit medicinischem Können eine weltmännische Bildung vereinigen, welche den Verkehr in englischen Spitälern für fremde Aerzte ausserordentlich angenehm macht. Andererseits wissen allerdings andere Leute durch Affiche zu Stellungen zu gelangen, welche ihnen nicht gehören; diese wollen sich oft durch picante Sonderstellungen das Interesse geben, das ihrer Individualität mangelt.

So hörte ich von meinen Bekannten einen Chirurgen erwähnen, der sich dadurch berühmt gemacht habe, dass er ohne Antisepsis ebenso gute Erfolge erzielte, als seine Collegen mit Antisepsis. In einem klinischen Vortrag hörte ich den betreffenden Chirurgen die Antisepsis als Aberglauben verspotten. In einer privaten Unterredung, die mir nachher gestattet wurde, wiederholte mir der Chirurge die frühere Aeusserung, dass Antisepsis durchaus überflüssig sei, da er im gleichen Spital mit lauem (ungekochtem) Wasser, also Spühlflüssigkeit, gleich gute (oder schlechte?) Erfolge erzielte, als seine Collegen von der Antisepsis. „Glauben Sie, dass die Wundeiterung durch Microorganismen erzeugt wird?“ fragte ich. „Ja wohl!“ antwortete er, „das lässt sich nicht bestreiten“. „Wie halten Sie denn die Microorganismen von den Wunden ab?“ „Alle sind nicht pathogen“, antwortete er, „z. B. die meines Spühlwassers nicht, und die pathogenen lassen sich gewöhnlich durch Reinlichkeit weghalten, wenn mir auch zuweilen doch Eiterungen eintreten.“ „Wie präpariren Sie Cat-gut?“ „Nach *Lister*'s Methode“, antwortete er. „Es ist dies noch ein Ueberbleibsel aus der Antisepsis, dem ich aber keinen Werth beimesse.“ — Nun wusste ich genug! Also Antisepsis ohne Werthschätzung, das ist der Standpunct.

Bei der Frage: „Antisepsis oder keine Antisepsis?“ ist das Entscheidende die Stellung zum Kampf gegen die pathogenen Microben; die im übrigen ausserordentlich wichtige Wahl der Mittel zu diesem Kampf kommt doch erst in zweiter Linie in Betracht, und ein Chirurge, der durch Abhaltung der pathogenen Microben von den Wunden Wundeiterung zu verhindern sucht, hat unter keinen Umständen das Recht, sich über die Antisepsis lustig zu machen, auch wenn er alle festen, flüssigen und gasförmigen Antiseptica verpönen sollte. — Man könnte ja die erwähnte Gegnerschaft gegen die Antisepsis als persönliche Geschmacksache mit Stillschweigen übergehen, wenn nicht thatsächlich viele Leute in klinischen Vorträgen durch einen solchen Streit um Worte verwirrt und leicht zur Meinung gebracht würden, die Antisepsis, welche die Chirurgie zu solchen Triumphen geführt hat, beruhe auf Vorurtheil und Aberglauben.

Welch' schwere Strafen die Sünden gegen die Antisepsis herbeiführen, kann man übrigens in einigen grossen Londoner Spitälern mit Musse studiren, wo absichtlich und unabsichtlich ohne Antisepsis operirt wird und wo ich die schwersten, zum Theil tödtlichen Infectionen bei wiederholten Spitalvisiten gesehen habe.

Dass übrigens auch die von den Gegnern der Antisepsis mit Recht so viel gepriesene Reinlichkeit ein Kind der Antisepsis sei, kann man in den nicht antiseptisch arbeitenden Spitälern am besten erkennen, wenn man, wie ich, sieht, wie ein Büschel in Gebrauch befindlichen Catgut, so oft er nicht gerade zur Ligatur verlangt wurde, ohne Unterlage auf einem Stuhl seinen Platz fand, welcher eben noch von ächt englischem Hosenstoff eines sonst ganz reinlichen Britten belastet gewesen war.

Es versteht sich von selbst, soll aber hier noch ganz speciell hervorgehoben werden, dass man daneben sehr reinliche und gut antiseptisch arbeitende Spitäler antrifft, so das St. Thomas-Hospital, das Samaritain free Hospital, *Horsley*'s Hospital for Epilepsia and Paralysis, u. s. w.

Ich bin nach England gegangen mit dem lebhaftesten Verlangen, diejenigen Chirurgen am Werk zu sehen und zu sprechen, welche mit einer Vehemenz gegen die Antisepsis Front machen, wie das bei uns wohl kaum mehr vorkommt. Ich traf nun eine Classe von ältern, welche wünschen im gewohnten Schlendrian zu verharren (die Septiker), und eine Classe von jüngern Herren, welche sich zwar am Worte Antisepsis stossen, im übrigen aber nach den Regeln der Antisepsis zu handeln suchen (die „Aseptiker“). Auf letztere passt wohl das Wort Sir *William Mac Cormac*'s, der mir in dieser Angelegenheit sagte: „Es gibt eben bei uns immer Leute, welche nicht leiden mögen, dass Andere anstatt sie selbst etwas Gescheidtes entdecken!“ Neben diesen ist man erfreut, zahlreiche Vertreter einer dritten Classe zu finden: die offenen Antiseptiker.

Das was man von den Gegnern der Antisepsis lernen kann ist die Warnung, nicht etwa im Eifer den Microben zu tödten und den Macroben, den Patienten, zu vergiften. Diesem Gedanken wird aber schon lange allgemeine Rechnung getragen, ohne dass man deshalb gegen die Antisepsis als solche in's Feld zieht.

Neben den allgemein bekannten grossen Hospitälern mit ihren Medical Schools, welche wir hier nicht aufzählen wollen, sind nicht zu vernachlässigen die specialistischen Spi-

täler, vor allem das London Ophthalmic Hospital (täglich 6—8 grössere Augenoperationen), *Spencer Well*'s Samaritain free Hospital, *Horsley*'s Hospital for Paralysis und Epilepsia, wo *Horsley* sehr interessante Gehirn- und Rückenmarksoperationen macht; das Hospital for Hip deseases in Childhood, wo die Coxitis nur exspectativ behandelt wird, das Hospital for Cancer in Brompton, das Hospital for fistula and other deseases of the rectum in City Road, *Thompson*'s Privatspital, das Hospital for sick Children, great Ormond Street, das Chest Hospital in South-Kensington, u. A.

Eines Besuches werth ist das originelle Temperenz Hospital, wo alle Krankheitsarten möglichst mit Ausschluss von Alcohol behandelt werden. Alcohol wird verabreicht blos nach schriftlicher Begründung der Indication von Seiten des Arztes in einem Buch, worin nachher auch der Effect der verabfolgten Alcoholdosis vom Arzte eingetragen wird; man will auf diese Weise zu einem Urtheil über die Wirkung der Alcohol-Medication gelangen.

Mich hat es ebenfalls interessirt, das London Homöopathic Hospital zu besuchen. Die guten hygieinischen Einrichtungen mit guter Fütterung und Abhaltung jeder arzneilichen Schädlichkeit schien den internen Kranken ganz gut zu bekommen. Ueber die Glaubensartikel der Homöopathie ὁμοῖα ὁμοίοις und über die Potenz„theorie“ war der Doctor ziemlich verschwiegen und wich einer Discussion aus.

Recht interessant ist das Metropolitain and National Nurses Institution, eine Anstalt, wo junge Damen zum häuslichen Krankendienst in den durch ihre Gräuel berühmten Londoner Armenquartieren ausgebildet werden.

Auch der Besuch der London School of medicine for women im Royal free Hospital ist reizend; ich traf dort in ausschliesslicher Damengesellschaft eine Collegin, die mir aus dem gemischten Chor der Berner Facultät her bekannt war.

Ganz besonders hervorheben möchten wir sodann neben den verschiedenen anatomischen Museen der einzelnen Medical Schools das *Hunter*'sche Museum im Hause des Royal College of Surgeons, eine ausserordentlich reiche und übersichtlich geordnete Sammlung normal und pathologisch anatomischer Präparate. Eine Empfehlung an den Conservator, Mr. *Steward*, ist nützlich.

Die Bibliothek des British Museums, eine der grössten der Welt, sah mich häufig unter ihrer Kuppel, die grösser sein soll, als St. Peter's in Rom. Eintrittskarten für einige Monate kann man bekommen durch Empfehlung an den Curator, unsern liebenswürdigen romanischen Landsmann Dr. *Rieu*. Für rein medicinische Literatur sind die Bibliotheken und Lesesäle des Royal College of Surgeons und der London medico-surgical Society sehr empfehlenswerth, mit speditiver Bedienung.

Bei der immensen Anzahl von Londoner Spitälern ist es für denjenigen, welcher London nicht mehr wie etwa zwei Monate widmen kann (das ganze Jahr mit Ausnahme von August, September ist günstig), sehr wichtig, mit Hülfe eines mit London bekannten Arztes die richtige Auswahl zu treffen. Wer gute Empfehlungen mitnehmen kann, versäume das nicht, denn dieselben sind in England wohl werthvoller als irgend anderswo.

Von den unendlich reichen Quellen der Befriedigung und des Genusses, welche in London jeder findet, der nichts Menschlichem sein Interesse entzieht, schweigen wir hier und gratuliren blos von Herzen jedem Collegen, der das Glück hat, einige Zeit in der Riesenstadt zu weilen.

Aarwangen, den 20. September 1888. Dr. *Ernst Kummer*.

Im Anschluss an die Corr. von Dr. *Roux* in Lausanne (Nr. 18 dieses Jahrganges: A propos de la narcose par l'éther) haben verschiedene Collegen sich nach der *Julliard*'schen Methode der Aetherisation erkundigt. Den gewünschten Aufschluss finden sie in folgender Correspondenz:

Waadt. La méthode d'éthérisation de Julliard se distingue par l'administration de doses relativement massives au début et par l'emploi d'un masque particulier. Celui-ci, qui a la forme d'un immense masque à chloroforme, est recouvert de toile imperméable et porte à l'intérieur une éponge ou de nombreux feuillets de flanelle disposés comme les jupes d'une danseuse d'opéra; il recouvre complétement la face du malade. (On l'improvise du reste facilement au moyen d'une serviette doublée d'un journal quelconque, pourvu que les dimensions soient gardées.)

Les doses du début me paraissent le point important. Environ 15 à 25 grammes

d'éther sont répandus en une fois sur tout le masque, en plaçant l'extrémité de l'index sur le cou de la bouteille pour dispenser le jet; le masque est approché du visage du malade avec précaution, afin de ne pas le surprendre. S'il a trop de peine à respirer, ou éloigne le masque pour une inspiration et le rapproche de suite. Après 1 ou 2 minutes on renouvelle la dose très rapidement, afin que le malade n'ait que le temps de faire une inspiration d'air pour tout au plus, et on couvre le masque d'une compresse qui entoure complètement ses bords et ferme les espaces entre le masque et le visage du malade. Ou bien on verse comme seconde dose 40 à 50 grammes d'éther en ayant soin d'approcher le masque un peu moins vite et de mettre la compresse après une demi-minute, laissant au malade le temps de s'accoutumer à cette nouvelle atmosphère; dans ce cas on est presque sûr d'obtenir la résolution sans avoir besoin d'ajouter une nouvelle dose d'éther, comme dans le cas où l'on emploie la dose plus modeste de 20 gr. environ.

Une fois le malade endormi, ce qui prend 4 à 5 minutes en tout, on laisse le masque devant la figure, versant de temps à autre un peu d'éther pour entretenir la narcose, en se rappelant toutefois qu'on n'a pas besoin de compter les gouttes comme pour le chloroforme.

Il ne faut pas s'effrayer de la respiration stertoreuse des malades, dûe à la sécrétion bronchique et trachéale abondante qui est propre à l'action de l'éther et qui constitue une contreindication de l'emploi de cette narcose pour certaines opérations de goître. Il ne faut pas non plus avoir peur de l'aspect du patient, qui a au début les pupilles modérément dilatées, la face congestionnée, cyanosée même.

Il n'y a pour ainsi dire pas besoin de contrôler le pouls des malades; la respiration seule suffit. C'est elle qui quelquefois donne des alertes, tandis que le cœur continue à battre.

Les autres précautions, pour la langue, les vomissements etc. sont les mêmes que dans la narcose au chloroforme.

Il est utile de garder le masque bien appliqué sur le visage et de l'envelopper d'une serviette, car le malade respire probablement deux fois le même air et l'éther qu'il rend, ce qui doit contribuer à la rapidité de la narcose; tandis que les patients se réveillent très-vite, au début, dès qu'on ôte le masque pour quelques secondes.

Julliard combine la narcose avec l'injection de morphine pour diminuer la période d'excitation chez les alcooliques. Je ne l'ai jamais fait et n'ai pas remarqué d'excitation plus grande qu'avec le chloroforme; cette période est au contraire plus courte, le malade étant sidéré par la seconde dose, la grande.

Celui qui voudra essayer de la narcose à l'éther fera toutefois bien de ne pas choisir un alcoolisé comme premier sujet, car le facies du patient lui causerait certainement un vilain quart-d'heure d'angoisse.

La plupart des morts par chloroforme arrivant au début de la narcose, il me paraît peu rationnel de commencer au chloroforme pour continuer avec l'éther, ce qui prive l'opérateur du plus grand avantage de la narcose à l'éther, savoir la sécurité combinée à la rapidité. *Roux.*

Zürich. Die 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Cöln vom 18.—23. September 1888. Der Besuch war ein sehr zahlreicher. Die Verhandlungen wurden in drei allgemeinen Sitzungen und in den Sitzungen der 30 verschiedenen Abtheilungen abgewickelt. Von Schweizern nahmen Theil die HH. Proff. *Hagenbach* (Basel), *Krönlein* und *Goldschmidt* (Zürich); DDr. *Meyer-Hüni*, *Rohrer* (Zürich), *Nager* (Luzern). Ersterer sprach über die nach acuten Infectionskrankheiten auftretenden Nephritiden (pädiatrische Section); Prof. *Goldschmidt:* Ueber die Constitutionsbestimmung tautomer reagirender Verbindungen (chemische Section). Dr. *Rohrer:* Ueber die Pathogenität der Bacterien bei eitrigen Processen des Ohres (otiatrische Section) und über bacteriologische Befunde und Züchtungsversuche bei Dermatosen des Ohres und bei Herpes præputialis (dermatologische Section); Referent demonstrirte in der chirurgischen Section die telephonische Sonde und die Inductionswaage.

Eine ganz besondere Bedeutung gewinnt die diesjährige Versammlung durch die Annahme der von Prof. *Virchow* vorgeschlagenen Statuten-Veränderung. Sie bezweckt vor Allem eine dauernde Organisation der Naturforscher-Versammlungen. Durch Zahlung eines laufenden Jahresbeitrages erhält man die Mitgliedschaft der Gesellschaft

deutscher Naturforscher und Aerzte. Die Gesellschaft kann Vermögen und Eigenthum erwerben (insbesondere eine Bibliothek und Sammlungen anlegen). Der Vorstand der Gesellschaft besteht aus einem Vorsitzenden und zwei Stellvertretern desselben, dem Generalsekretär und dem Schatzmeister. Der Vorsitzende wird alljährlich, seine Vertreter dagegen werden alle drei Jahre gewählt. Der Vorsitzende führt auch in der Naturforscherversammlung den Vorsitz. Der Generalsekretär und der Schatzmeister erstatten in derselben Bericht über das abgelaufene Geschäftsjahr. In der Zwischenzeit zwischen den Versammlungen bereitet der Vorstand die wissenschaftlichen Verhandlungen vor, welche in der Versammlung stattfinden sollen, erledigt die ihm durch besondere Beschlüsse der Gesellschaft übertragenen Angelegenheiten und stellt mit den Localgeschäftsführern das allgemeine Programm der nächsten Versammlung fest.

Die Versammlung traf folgende Wahlen für den ständigen Ausschuss: Vorsitzender: *Virchow*. Stellvertretender Vorsitzender: *Bruecke* (Wien). Mitglieder des Vorstandes: *v. Pettenkofer* (München), *Lent* (Cöln), *Becker* (Heidelberg), *Hegar* (Freiburg), *v. Hofmann* (Berlin), *Billroth* (Wien), *Biermer* (Breslau). Schatzmeister: *G. Hansemann* (Berlin). Generalsekretär: *Lassar* (Berlin).

Die wissenschaftliche Ausstellung ist eigentlich glänzend ausgefallen. Sie wurde schon 8 Tage vor Beginn der Versammlung eröffnet, was den Vortheil hatte, dass das grosse Publicum vorab Gelegenheit bekam, sie zu sehen. Eine wesentliche Entlastung des Besuches während des Festes wurde so erzielt. Ich kann mich nicht rühmend genug äussern über die sorgfältige Vorbereitung und das gelungene Arrangement der Ausstellung. Der von *Albert Hofmann* herausgegebene Catalog ist musterhaft durchgearbeitet und enthält neben dem Verzeichniss der Ausstellungsgegenstände zahlreiche Erklärungen und Beschreibungen von neuen Apparaten und Instrumenten. Dadurch dass die Aussteller grösstentheils persönlich während der Versammlung in der Ausstellung anwesend waren und in zuvorkommendster Weise jegliche gewünschte Auskunft gaben, konnte jeder das ihn speciell interessirende Gebiet rasch und erschöpfend durchstudiren. — Der der Medicin und ihren Hülfswissenschaften dienende Theil der Ausstellung nahm mehr als $^{2}/_{3}$ des Raumes ein. Wer etwa denkt, nur der Kliniker oder Spitalarzt könne da einen Theil seines Büdgets realisiren, täuscht sich. Gerade die Utensilien für den täglichen Gebrauch in der Praxis: electrische Batterien, Pravaz-Spritzen, Kranken-Thermometer (ein Fabrikant hat sie durch Einlegen in eine Gummihülse unzerbrechlich gemacht), aseptische Instrumente, Troussen, Stechbecken, Krankenbahren, Verbandkisten etc. waren ausgezeichnet vertreten. Von schweizerischen Ausstellern notire ich: Dr. *Beck* in Bern (Microsyringe, neue Geburtszange, Krankenheber), *Jak. Brändli*, Basel (Inductionsapparat und constante Batterien), *Otto Müller*, Zürich, 22 Gerechtigkeitsgasse (sehr schöne Photogramme auf Aristopapier). *Kaufmann.*

Zürich. Der 4. internationale Otologencongress fand vom 10.—14. September d. J. in Brüssel statt. Es waren über 100 Theilnehmer angemeldet, in der Präsenzliste sind jedoch nur 75 Namen verzeichnet. Die Anwesenden vertheilen sich nach Ländern wie folgt: Belgien 21, Frankreich 15, England 8, Italien 7, Schweiz 5 (*Diem*, *Nager*, *Rohrer*, *Schwendt*, *Siebenmann*), Deutschland und Amerika je 4, Holland, Oesterreich und Russland je 3, Schweden und Spanien je 1. Es fanden 8 Sitzungen statt. 6 davon im „Palais des Académies“ waren Vorträgen und deren Discussion gewidmet, 1 Sitzung im physiologischen Laboratorium der Universität brachte microscopische und macroscopische Demonstrationen — und die Schlusssitzung mit Vorstellung von Patienten und neuen Instrumenten führte die zahlreiche Versammlung in's Hôpital Saint-Jean. Wenn auch Wiederholung bereits publicirter Arbeiten und Accumulation præexistirender Casuistik mehrfach vorgekommen ist, muss doch das Resultat des Congresses als ein gutes und bedeutungsvolles, der Verlauf als vorzüglich bezeichnet werden. Die in überreichem Maasse dargebotene Gastfreundschaft Seitens Behörden der Stadt Brüssel, ärztlicher Vereine, einzelner Collegen und Privaten war grandios und fand einen pompösen Abschluss beim Besuche der philantropisch geleiteten Fabrikanlagen des Herrn de Naeyer in Willebrœck.

In der feierlichen Eröffnungssitzung am 10. September wurde Dr. *Delstanche* Sohn zum Präsidenten, dessen 84 Jahre alter Vater und der 80 Jahre alte Commodore Dr. *Sapolini* aus Mailand zu Ehrenpräsidenten ernannt. Der letztere folgte mit jugend-

licher Elasticität den Verhandlungen sämmtlicher Sitzungen und betheiligte sich in hervorragender Weise durch eigene Vorträge, und an der Discussion. Dr. *Sapolini* äusserte scherzender Weise: „Der Tod habe ihn wohl vergessen“ — worauf ihm erwidert wurde: das wäre wohl kaum der Fall, allein der alte Freund Hain selbst werde durch solch' jugendfrische Wissenschaftlichkeit in respectvoller Entfernung gehalten. Zu Secretären wurden ernannt die Herren Dr. *Benni* aus Warschau, *Rohrer* aus Zürich und 3 belgische Collegen.

Die zweite Sitzung brachte einen Vortrag des Prof. *Gradnugo* aus Padua: „Ueber die Entwicklung der Ohrmuschel der Mammiferen“; *G.* lässt im Gegensatz zu Prof. *His* zwei Systeme an der Bildung des äussern Ohres sich betheiligen; die 6 Höcker der beiden ersten Kiemenbogen für Helix und Anthelix, Tragus und Antitragus, ein mediales System für meatus externus Boden der canoba und die crura aus derselben.

Prof. *Gellé* aus Paris sprach über biauriculäre Reflexe und den Nachweis eines otospinalen Reflexcentrums.

Prof. *Guye* aus Amsterdam trägt über den sogen. Gehörschatten (l'ombre sonore) vor und erklärt aus Schallreflexen nach dem **nicht geprüften** und offen gelassenen Ohr die Erscheinungen des Scotoms des N. acusticus.

Comm. Dr. *Sapolini* aus Mailand spricht über Presbyakusis oder Hypoakusie der Greise und empfiehlt die äusserliche Anwendung von **Phosphoröl.**

Prof. *Bölle* aus Pest erörtert die Affectionen des Ohres beim Typhus.

Dr. *Noquet* aus Lille behandelt das Auftreten und den Verlauf der Otorrhœ bei Alcoholikern.

Dritte Sitzung. Vortrag von Prof. *Knapp* aus Newyork „über einheitliche Bezeichnung der Hörweite“ — in Analogie mit den Bezeichnungen der Ophthalmologen für die Sehschärfe.

Prof. *Politzer* aus Wien. Die pathologische Anatomie des Mittelohres mit besonderer Rücksicht auf die Veränderungen an der tympanalen Seite der Labyrinthfenster und deren Nischen. Dieser hochinteressante Vortrag war die pièce de résistance des ganzen Congresses und bot eine Fülle von Beobachtungen, erläutert durch grosse Zeichnungen und histologische Präparate.

Dr. *Turnball* aus Philadelphia theilt einen Fall von necrotischer Exfoliation des Labyrinthes mit.

Dr. *Suaé y Molist* aus Barcelona bespricht die consecutiven Affectionen des Ohres nach Traumata der maxilla inferior.

Dr. *Morpingo* aus Triest promulgirt seine Erfahrungen bei Anwendung von Glycerin phénique im Beginn acuter Mittelohrentzündungen, und bestätigt die Angaben von *Bendelok Hewetson*, *Hartmann* und *Rohrer* über günstige Erfolge mit dem Mittel.

Docent Dr. *Rohrer*. Ueber die Bedeutung des *Rinne*'schen Versuches für die Diagnose der Labyrinthaffectionen. — Statistische Bearbeitung von je 100 Fällen mit positivem und negativem Ausfall des *Rinne*'schen Versuches bei hochgradiger Schwerhörigkeit und verminderter Perceptionszeit für Stimmgabeln, sowie Herabsetzung der Hörfähigkeit für hohe Töne, 7″—10″ Octave. Vergleichende Untersuchung von je 50 Fällen mit den pressions centripèles nach *Gellé*. Der negative Ausfall des Versuches in diesen Fällen spricht für secundäre Labyrinthaffection.

Vierte Sitzung. Dr. *Creswell-Baber* aus Brighton. Rhinologische Beobachtungen. Anwendung des Alcoholsprays auf die Nasenschleimhaut.

Prof. *Cozzolino* aus Neapel. Der Einfluss von Ohraffectionen auf Entstehung von Psychosen.

Dr. *Menière* aus Paris. Die Behandlung der Periostitis des Proc. mastoideus durch unblutige Incission mit dem Thermocauter.

Dr. *Délie* aus Ypres. Ueber Anwendung von Jodoformdämpfen bei Affectionen der Tuba und Paukenhöhle.

Dr. *Baier* aus Brüssel. Das Empyem der Highmorshöhle und seine Behandlung durch Eröffnung derselben.

Dr. *Thomas Barr* aus Glasgow. Die operative Behandlung metastatischer Hirnabscesse nach Ohreiterungen. Operirte 7 Patienten gemeinschaftlich mit Prof. *Mac Heven*.

Fünfte Sitzung. Prof. Dr. *Knapp* aus Newyork spricht über fibröse Tumoren der Ohrmuschel.

Dr. *Moure* aus Bordeaux. Ueber den Einfluss der Meerluft auf Erkrankungen des Ohres und der Ohrtrompete.

Prof. *Roosa* aus Newyork. Reaction des Gehörorgans auf Chiningebrauch.

Prof. *Gradenigo* aus Padua. Die electrische Reizbarkeit der Hörnerven.

Sechste Sitzung. Docent Dr. *Siebenmann* aus Basel. Demonstration von Präparaten der Aspergillinen des meatus externus und von Corrosionspräparaten aus Abgüssen der Hohlräume des Felsenbeins mit Woodsmetall.

Prof. *Politzer* aus Wien. Demonstration anatomischer Präparate.

Dr. *Urban Pritchard* aus London. Demonstration histologischer Präparate vom Gehörorgan der Vögel und Säugethiere.

Docent Dr. *Rohrer* aus Zürich. Demonstration und Mittheilung über die Morphologie der Bacterien bei eitrigem Processe des Gehörorganes, der Nase und der Dermatosen des Ohres.

Siebente Sitzung. Dr. *Laroche* aus Brüssel. Der Einfluss des electrischen Stromes auf die Ohrgeräusche mit Demonstration seines selbst construirten galvanischen Apparates.

Dr. *Schiffers* aus Lüttich. Das Erysipel der Nasenhöhlen.

Prof. *Cozzolino* aus Neapel. Ein Fall von Perforation der Fenestra rotunda bei Anwendung des galvanocaustischen Apparates.

Prof. *Gradenigo* aus Padua. Otitis interna nach purulenter Meningitis. Metastatische Labyriutitis nach Lupus und Carcinom.

Dr. *Randall* aus Philadelphia. Ueber Photographie von microscopischen Präparaten des Ohres. Eine Bursa an der Insertion des Levator palati mollis am Knorpelbecken der Tuba.

Dr. *Secchi* aus Bologna. Die vasomotorischen Störungen bei chronischer Rhinitis.

Dr. *Delstanche* jun. aus Brüssel. Zur Behandlung der Sclerosen mit dem Rarefacteur.

Prof. *Böcke* aus Pest. Ueber Pilocarpinbehandlung. Sah in manchen Fällen gute Resultate von der subcutanen Anwendung.

Prof. *Knapp* aus Newyork theilt Namens Prof. *Moos* in Heidelberg dessen Untersuchungen über die Bacterien des Ohres bei Scharlach und Diphtheritis mit. — Staphylococcen.

Prof. *Guye* aus Amsterdam. Die Aetiologie der Cerruminalpfröpfe.

Achte Sitzung. Prof. *Politzer* aus Wien demonstrirt die Präparate einer Atresie des Meatus externus.

Dr. *Delstanche* jun. aus Brüssel stellt einen Patienten mit Rhinolithen vor.

Dr. *Suné y Mollist* aus Barcelona zeigt eine portative Lampe zu otoscopischen Zwecken.

Prof. *Politzer* aus Wien weist ein Instrument zur Entfernung des Hammers und langen Ambosschenkels vor.

Dr. *Suarez de Mendoza* aus Angers demonstrirt einen neuen Catheter zum Einlegen von Bougies à demeure in die Tuba Eustachii.

Dr. *Baier* aus Brüssel präsentirt einen Patienten mit Perforation des Sinus frontalis.

Dr. *Hartmann* aus Berlin zeigt sein Wattefilter für Catheter und Ballon zur Luftdouche.

Dr. *Delstanche* jun. aus Brüssel stellt eine Patientin vor, welche durch Behandlung mit dem Rarefacteur eine bedeutende Besserung der sclerotischen Schwerhörigkeit erreichte.

Dr. *Creswell-Baber* aus Brighton weist sehr schöne Instrumente für Nase, Gaumen und Ohr vor.

Schlussreden der Herren *Delstanche*, *Gellé*, *Roosa*, *Guye*, *Politzer*, *Cozzolino*.

Als Congressort für den 1892 stattfindenden 5. internationalen Otologencongress wurde Florenz bestimmt. Ein über 60köpfiges Comité wurde zur Vorbereitung durch Nomination mehrerer Otiater aus jedem Lande erwählt. Für die Schweiz wurden ernannt: Dr. *Secretan*, Lausanne, Dr. *Rohrer*, Docent, Zürich.

Ausser der ernsten wissenschaftlichen Arbeit fand auch heitere Geselligkeit und freundschaftlicher Verkehr seine Stätte, und die Pflege der Freundschaft, der Austausch von Erfahrung und neuen Ideen schuf eine schön ausgelebte harmonische Erinnerung an den 4. internationalen Otologencongress in Brüssel. *F. R.*

Wochenbericht.

Schweiz.

Einladung zur **XXXVI. Versammlung des ärztlichen Centralvereins** Samstag, den 27. October 1888 in Olten. Anfang Mittags 12 Uhr präcis im Schulhause.

Tractanden:

1) Eröffnung durch den Präsidenten.
2) Ueber die Complication von Schwangerschaft und Geburt mit Tumoren der Beckenorgane von Prof. *Fehling* (Basel).
3) Die practische ärztliche Seite des Hypnotismus mit Demonstrationen von Prof. *Forel* (Zürich).
4) Allfällige Mittheilungen aus der Praxis.
5) Anregung zu einem Baader-Monument.
6) Ueber die Aethernarcose von Dr. *F. Dumont* (Bern).
7) Geschäftliches.

Essen um 3 Uhr im Bahnhofrestaurant Biehly.

Die Mitglieder des ärztlichen Centralvereins, sowie unsere Freunde der Société médicale de la Suisse romande und der Società medica della Svizzera italiana, sowie überhaupt alle lebens- und arbeitsfrischen und freundschaftsbedürftigen Collegen sind zu dieser Versammlung am Stiftungsorte unseres Vereines auf's herzlichste eingeladen.

Frauenfeld, 3. October 1888. Im Namen des ständigen Ausschusses:
Haffter, Präsident.

— Die Herren Docenten *Fick*, *v. Monakow* und *Suchannek* haben am 8. October in Zürich, Niederdorfstrasse 12, eine „Privatdocentenpoliklinik" eröffnet, woselbst Nervenkranke (*v. Monakow*), Nasen- und Halskranke (*Suchannek*) und Augenkranke (*Fick*) unentgeltliche Behandlung erfahren. Das Unternehmen entspringt dem Wunsche der 3 Herren Collegen, klinisches Material für ihre Curse und Vorlesungen zu bekommen.

— Die Hôteliers, HH. Gebr. Cöster in Davos (cf. Corr.-Bl. 1888, pag. 549), äussern sich in Nr. 232 u. a. des „Freien Rhätier" in so gehässiger und persönlicher Weise gegen unsern Collegen, Dr. *Ludwig* in Pontresina, dass dies nicht nur jeden Arzt, sondern überhaupt jeden gebildeten und anständigen Menschen peinlich berühren muss. Es gibt und gab eben immer Menschen, die nicht im Stande sind, in einer Controverse saubere Waffen zu führen und das Sprichwort „Wer Pech anrührt u. s. f." ist uralt.

Ausland.

— **Universitäts-Nachrichten.** Zum ärztlichen Director des Hamburger allgemeinen Krankenhauses ist an Stelle des nach Leipzig berufenen Prof. *Curschmann* Prof. *A. Kast* aus Freiburg i./B. gewählt worden.

— **Intrauterine Chlorzinkätzung.** *E. Fränkel* bestätigt die von *Rheinstädter* erzielten günstigen Resultate der Behandlung uteriner Leukorrhoe mit Chlorzinkätzungen. Besonders bei gonorrhoischer Erkrankung des Endometriums bewährte sich diese Behandlungsweise, was in Einklang steht mit der *Fritsch*'schen Empfehlung der vaginalen Chlorzinkinjectionen gegen Gonorrhoe der Vulva und Scheide.

Auch bei inoperablen Uteruscarcinomen wendet *F.* diese von *Sims* zuerst empfohlenen Aetzungen (Lösungen 2 : 3) nach vorhergehender Auskratzung und Verkohlung der Wundfläche mit dem Paquelin mit gutem Erfolge an. Nach Ausstossung des Chlorzinkschorfes bilden sich meist gesunde Granulationen, die Neigung zu rascher und fester Vernarbung besitzen. Die Hauptbeschwerden der Frauen (Blutung, Jauchung, Schmerzen) werden dadurch hintangehalten und Recidiven möglichst lange vorgebeugt. Bei 6 solchen Fällen (von über 50) trat sogar Radicalheilung ein. (M. m. W., Nr. 39.)

— **Aether gegen pediculi pubis.** Durch einmalige Application des Aetherspray soll es gelingen, Filzläuse zu tödten. Ein höchst einfaches Verfahren, das die Haut nicht schädigt. (Monatsh. für Dermatologie.)

— **Zur Aetiologie des Puerperalfiebers.** Dr. *Pfannenstiel*, Assistent der Breslauer Frauenklinik, veröffentlicht im „Centralbl. für Gynäc." Nr. 38 vier Krankengeschichten mit epikritischen Bemerkungen, die unsere volle Beachtung verdienen.

Auf der Breslauer Frauenklinik, die viele Jahre von Puerperalfieber verschont blieb,

erkrankten bald nach einander vier Wöchnerinnen; alle erlagen einer schweren septischen Infection, inmitten einer grossen Zahl gut verlaufener Wochenbetten; — und was das wichtigste ist, für alle ist die Entstehung aus ein und derselben Quelle erwiesen.

Es ging nämlich diesen Erkrankungen eine Epidemie mehr oder weniger schwerer Tonsillarangina voraus, an der die Tochter der Anstaltshebamme, zwei weitere im selben Haus wohnende Kinder und zwei Wärterinnen erkrankten, darunter diejenige, in deren Zimmern die ersten drei erkrankten Wöchnerinnen lagen. Der erste Fall wurde auf dem Kreissbett, die übrigen im Wochenzimmer inficirt. Analoge, doch nicht so verhängnissvolle Endemien sind auch von anderer Seite, so von *Gusserow* beschrieben. In diesen wie in jenen Fällen ergab die Section viele übereinstimmende Momente mit der Rachendiphtherie: Croupöse resp. diphtheritische Entzündungen der Vagina, flache Geschwüre mit schmierigem, grauweissem Belag und Endometritis diphtheritica. Die Uebereinstimmung erstreckte sich aber bei den Breslauer Fällen auch auf den bacteriologischen Befund. Bei verschiedenen entzündlichen Processen der Rachenorgane (Angina, Abscess, Diphtherie etc.) constatirten die meisten Forscher das Vorhandensein eines Streptococcus, ähnlich, eventuell identisch mit dem Streptococcus des Eiters, der als Krankheitserreger angesehen wurde. Bei zwei untersuchten Fällen liess sich ein Streptococcus herauszüchten aus dem Eiter und den innern Organen, der von dem Str. pyogenes und dem Str. erysipelatos. keine auffallenden Unterschiede zeigte, und Thieren inoculirt sich als pathogen erwies.

Die Streptococcen der Eiterung und die des Erysipels lassen sich überhaupt heute trotz Reincultur, Thierexperiment etc. noch nicht mit Sicherheit von einander trennen, — ja die Mehrzahl der Untersucher ist geneigt, beide Microorganismen als identisch anzusehen und sich ihre verschiedene Wirkung (Abscessbildung, locale und progressive Phlegmone, puerperale Sepsis, Gangrän und Erysipel) durch den jeweiligen Virulenzgrad zu erklären. — Die klinischen Beobachtungen sprechen in der That entschieden dafür. *Pf.* macht an Hand seiner Fälle darauf aufmerksam, dass trotz des klinisch differenten Bildes doch gleiche Microorganismen sich fanden. In diesem Sinne sprechen auch die von *Gönner* („Centralbl. für Gyn." 1887) mitgetheilten vier Fälle puerperaler Erkrankung mit verhältnissmässig leichtem Verlauf, bei denen im Cervicalsecret eben dieser Streptococcus sich microscopisch und durch die Cultur nachweisen liess.

Alle derartigen Mittheilungen sind von hohem Interesse, indem sie uns zeigen, wie mannigfach die Quellen der Infection sind und welche Umsicht der Geburtshelfer anwenden muss, um seine Patienten zu schützen. *Garrè.*

— **Ueber das Einbalsamiren.** (V. Zeitschrift für Medicinalbeamte, April 1888.) Das sog. „Einbalsamiren" umfasst einen doppelten Begriff:

1. das Einbalsamiren des ganzen todten Körpers zur möglichst langen Erhaltung desselben;

2. die Behandlung einzelner Leichentheile zur Conservirung oder Restituirung derselben zu irgend einem Zwecke.

Bei Leichen und Leichentheilen, die in einem fast unnahbar ekelhaften, bis zur Unkenntlichkeit fortgeschrittenen Fäulnissgrade zur Obduction gelangten, hat sich die folgende Mischung als vorzüglich erwiesen, einen erkennbaren Zustand herzustellen und noch Verletzungen (u. a. an Herz und Lungen) nachweisbar zu machen.

Rp. Jodi 3,0; solve in Methyläther 250,0 et Alcohol. absol. 25,0; Mixtis sensim admisce Acid. sulf. 12,0. M. D. Damit begossen, wird die weiche benässte Masse fast augenblicklich geruchlos (Jod — fest; die Schwefelsäure zieht Wasser an und bemächtigt sich der alcalischen Zersetzungsproducte) und völlig tauglich zur Section.

Behufs Erhaltung ganzer todter Körper für eine längere Zeitdauer und mit möglichster Lebensähnlichkeit empfiehlt *L.* als in jeder Beziehung bewährt und das höchste leistend folgende Composition und Methode:

Da die erforderliche Flüssigkeit gewöhnlich beim Erwachsenen 5—6 Liter beträgt, so verschreibt man:

Rp. Acid. arsenic. 20,0; Hydr. bichlor. corr. 30,0; Aq. carbol. (5%) 3250,0; Alcoh. 200,0; solve et filtra. D. S. Injectionsflüssigkeit.

Statt der 30 Sublimat kann man auch Sublimat und Ammon. hydroch. dep. $\overline{aa}$ 20,0 nehmen.

Diese Flüssigkeit wird nun mit einer kräftigen Spritze durch die Art. carot. commun. —

brach. — cruralis oder durch einen andern Hauptarterienast, oder durch mehrere Stämme injicirt. Am besten die ersten Spritzen voll rasch hinter einander, die andern in Zwischenräumen von $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde. Färbt man die Flüssigkeit mit etwas Fuchsin, so nimmt die Haut schon während der Einspritzung ihre natürliche Farbe an. Am besten gelingt die Injection bei einer Temperatur von 15—20° R.

Sollen endlich Leichen eine bestimmte Zeit behufs Paradeausstellung frisch erhalten werden, so bedeckt man den Boden des Sarges 10 cm. hoch mit einem Gemenge von 100 Theilen Sulf. subl., 50 Acid. borac. und 20 Myrrh. — Mit diesem Gemenge können noch beliebig viele aromatische Kräuter (Eucalyptus, Camillen, Salbei etc.) zerkleinert beigemischt werden. Auch zur Ausfüllung der hohlen ausgeweideten Leichname lässt sich dieses Gemisch vortheilhaft verwenden. (D. Med.-Ztg., Nr. 70.)

— **Wie soll der Arzt seine Instrumente desinficiren?** Durch Versuche im hygieinischen Institut in Berlin von Dr. *Davidsohn* („Berl. klin. W." Nr. 35) wurde festgestellt, dass die einfachste und sicherste Methode, die den Instrumenten anhaftenden, gewöhnlich in Blut oder Eiter eingehüllten Keime zu zerstören, in 5 Minuten langem Kochen bei 100° C. besteht. Milzbrandsporen, sowie sämmtliche andern pathogenen Keime, wie Tuberkelbacillen, Eitercoccen etc. werden auf diese Weise sicher getödtet. *D.* gibt folgende Anweisung: Man bringe die Instrumente gleich nach der Operation in kaltes Wasser, bürste den Eiter etc. oberflächlich ab; Spritzen und Canülen spritze man einige Male durch und fülle sie dann mit Wasser. Darauf koche man die Instrumente in einem bedeckten Wasserbade bei 100° C. 5 Minuten. Nach dem Herausnehmen trockne man mit einem sterilisirten Tuche ab. Vor einem neuen Gebrauche koche man 5 Minuten, nehme die Instrumente heraus und lasse sie erkalten und benütze sie dann ohne Zuhülfenahme einer desinficirenden Flüssigkeit. Die Methode ist sicher, sie schädigt die Instrumente gar nicht, ist bequem, nicht zeitraubend, billig und kann in jeder Privatwohnung vorgenommen werden. Zu beobachten ist, dass das Kochen in einem bedeckten Gefässe vorzunehmen ist, da das Wasser in einem offenen Gefässe nur am Boden die Temperatur von 100° C. erreicht. (Münch. med. W., Nr. 36.)

— **Salol** bei **Blasencatarrh** im Verlauf von Detrusorlähmung empfiehlt *Arnold.* 3,0 gr. pro die genügen, um die ammoniakalische Gährung in der Blase zu verhindern und den Urin anhaltend klar und sauer zu erhalten. Salol wird gut ertragen ohne Beeinträchtigung des Appetits. (Therap. Monatschr.)

— **Talcum** gegen **chronische Diarrhoe** in Dosen von 200 gr. täglich gibt *Debove.* Diese Quantität wird mit 1 Liter Milch gut vermischt. Der Erfolg war selbst bei Phthisikern vollständig.

Stand der Infections-Krankheiten.

	1888.	Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperalfieber	Ophthalmoblennorrhœa	Rubeolae	Rötheln
Zürich u. Aussengem.	23. IX.-29. IX.	2	—	—	—	3	6	2	1	—	—	—
	30. IX.- 6. X.	1	—	1	6	5	3	1	—	—	—	—
Bern	8. IX.-29. IX.	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Basel	26. IX.-10. X.	6	2	1	8	—	10	3	1	—	2	—

Briefkasten.

Freunde und Collegen in München (Feriencurse). Das Corr.-Blatt bringt Euch Glücklichen herzlichen Gruss und die Bitte, seiner nicht zu vergessen. Es wird schon einmal Einer für ein Correspondenzchen Zeit finden. — Dr. *Th. Schn.* in B. Sehr gerne nehme ich Ihre Arbeit, welche — obschon ein rein botanisches Thema — für den Arzt und Hygieiniker ausserordentlich viel des Wichtigen und Beherzigenswerthen enthält.

Aerzte-Album. Besten Dank für die Photographie des † altehrwürdigen Herrn Bezirksarzt Dr. *Jung* von Wyl.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats.
Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile.

Preis des Jahrgangs Fr. 12. — für die Schweiz, Fr. 14.50 für das Ausland.
Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. E. Haffter

in Frauenfeld.

N° 21. XVIII. Jahrg. 1888. 1. November.

Original-Arbeiten.

Ein Fall von glücklicher Milzexstirpation.

Von Prof. Dr. **Theodor Kocher** in Bern.

Madame Philomène X. aus X., 51 Jahre alt, Schneiderin, wurde uns von Hrn. Dr. *Pellavel* in Locle zur eventuellen Operation zugewiesen am 21. Mai 1888.

Anamnese 22. Mai 1888.

Eltern gestorben, Mutter an Hydrops, 82 Jahre alt, Vater in jüngern Jahren. Geschwister gesund. — Der Mann starb an einer Herzkrankheit, hatte keine venerischen Krankheiten. Kinder gesund.

Pat. hatte die Periode ganz in Ordnung, früher war sie überhaupt ganz gesund. Periode verschwand vor 2 Jahren ohne Beschwerden.

Die jetzige Krankheit hat mit „Fatigue dans les jambes" angefangen vor 6 Jahren; vor 4—5 Jahren bemerkte Patientin eine Härte auf der linken Seite vor dem Rippenbogen, consultirte damals nicht; sie war noch fett und ganz gesund, hat immer gute Farbe gehabt.

Die Härte wurde immer grösser, ohne weitere Beschwerden, als wenig Appetit und Druck beim Essen. Vor einem Jahre erreichte der Rand der Geschwulst noch nicht den Nabel.

Keine Schmerzen in den Beinen, auch nicht nach der Schulter, auch kein Gürtelgefühl, nur grosse Müdigkeit im Rücken und in den Beinen.

Pat. soll nie Drüsen gehabt haben, nie Malaria, Syphilis scheint sie auch nicht gehabt zu haben.

Das Wasser war immer etwas trübe nach dem Stehen. Entzündungen hat Pat. im Bauch nie gehabt, auch im Tumor selbst kein Schmerz. Pat. magerte ab.

Pat. consultirte vor 3 Jahren in Pontarlier; zuerst wurden Pflaster applicirt, dann Ergotineinspritzungen unter die Haut gemacht ohne Resultat.

In Paris consultirte sie auch: eine Operation wurde angerathen.

Dann wurde Dr. *Pellavel* consultirt, der den Tumor für eine Milzgeschwulst erklärte. Er verordnete Tropfen und Douchen von kaltem Wasser auf die Milzgegend ohne Effect.

Status praesens 12. Juni 1888. Sehr magere Patientin, mit gutem Knochenbau; Musculatur sehr atrophisch.

Temperatur normal; Puls 88, etwas klein, aber nicht besonders leicht zusammenzudrücken.

Athmung kaum etwas angestrengt, nicht merkbar beschleunigt.

Vergrösserte Lymphdrüsen nur in den Leistengegenden; sie sind multipel, etwa bohnengross.

Gesicht geröthet, namentlich auf beiden Jochbeingegenden befinden sich zahlreiche ectatische Gefässe.

Zunge leicht belegt. Mund- und Rachenorgane bieten sonst nichts Bemerkenswerthes.

Hals. Bei der Exspiration füllen sich die Halsvenen sehr stark und schwellen bei der Inspiration ab.

Im l. Schilddrüsenlappen fühlt man einen kirschgrossen, derben, sich beim Schlucken nach oben bewegenden Knoten. Er befindet sich im l. Oberhorn und unter demselben fühlt man ein körniges, plattes Läppchen von Schilddrüsensubstanz von etwa 2 cm. Höhe. Pat. ist wegen starker Spannung schwer zu untersuchen.

Am rechten Lappen fühlt man eine etwa $2^1/_2$ hohe, körnige, platte Leiste neben Trachea und Larynx. Ein platter, dünner Isthmus von 1 cm. Höhe ist über den unteren Trachealringen zu fühlen im Jugulum.

Ueber den Schultern, am Nacken, und an den seitlichen Halspartien, Residuen einer starken Acneeruption, die Pat. auf den Gebrauch des Jodes zurückführt. Unter beiden Mammæ ist ein frisches hellrothes Exanthem zu sehen, mit zahlreichen Bläschen, die theils einen hellen, theils einen trüben Inhalt haben.

Thorax: sehr kurz, mit sehr weiter unterer Apertur; 2. Rippe beiderseits stark prominent. Intercostalräume sehr eng. Ueber den Lungen überall normaler sonorer Schall.

Lungengrenzen: R. in der Axillarlinie, oberer Rand der 6. Rippe; L. in der Axillarlinie 7. Intercostalraum. Hinten in der Scapularlinie, R. 10. Rippe, L. 11. Rippe. An der Wirbelsäule, R. 11., L. 12. Rippe.

Athemgeräusch rein, etwas verschärft. Herzdämpfung fängt am unteren Rande der dritten Rippe an. Herzstoss schwach, im 5. Intercostalraum, innerhalb von der Mammillarlinie. Systolisches Geräusch an der Spitze und über der Pulmonalis; 2. Pulmonalton nicht verstärkt; übrige Töne rein.

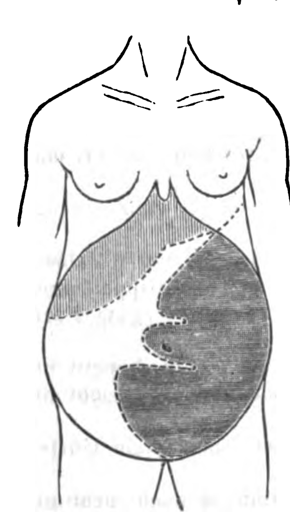


Fig. 1.

Abdomen: sehr stark aufgetrieben, besonders links, und sehr gespannt. Ectatische Venen ziehen drüber, und erstrecken sich bis in die seitlichen Thoraxpartien.

Die obere Lebergrenze in der Mammillarlinie befindet sich am oberen Rande der 6. Rippe, die untere 2 Fingerbreit unter dem Rippenbogen. Bei der Palpation fühlt man den freien Leberrand etwas unterhalb der Percussionsgrenze (siehe Abbildung 1).

Die ganze linke Bauchgegend ist von einer grossen, gleichmässig derben, sehr wenig beweglichen Geschwulst eingenommen, die sich nach rechts gegen die rechte Beckenhälfte fast bis zur Mammillarlinie erstreckt, in der Mittellinie die Symphyse erreicht und 4 Fingerbreit oberhalb über den Nabel hinübergeht. Der Rand der Geschwulst ist scharf und sehr leicht und deutlich zu palpiren. Die Ergebnisse der Palpation und der Percussion decken sich vollständig.

2 Fingerbreit oberhalb und unterhalb des Nabels fühlt man je eine tiefe Incision (die untere tiefer als die obere), die einen kleinen Lappen abgrenzen.

Ihrer Form und ihrem Sitz nach entspricht die Geschwulst vollständig einer vergrösserten Milz. In der l. mittleren Axillarlinie fängt die Dämpfung der Geschwulst im

7. Intercostalraum an, und geht bis zum Becken hin. In der l. Lumbalgegend ergibt die Percussion einen tympanitischen Schall.

Per vaginam fühlt man die Portio weit nach hinten und nach rechts verschoben. Das Corpus uteri und die Ovarien sind nicht mit Sicherheit zu fühlen.

Der Muttermund ist quer, etwas unregelmässig. Die hintere Lippe ist lang, der hintere Fornix tief. Der Uterus ist gut beweglich. Die Geschwulst selbst ist per vaginam nicht zu fühlen, man fühlt nur eine gewisse Spannung nach oben.

Urin: Der Urin ist klar, enthält etwas Schleim. Nach Filtration enthält er noch eine geringe Quantität Eiweiss. — Reaction sauer.

Blut: sieht ziemlich flüssig aus. Die rothen Blutkörperchen haben eine normale Form: keine Poikilocytose, keine Macro- oder Microcyten. Die Zahl der weissen Blutkörperchen scheint nicht merkbar vermehrt zu sein. Die Blutplättchen scheinen nicht in zu grosser Anzahl vorhanden zu sein.

Zahl der rothen Blutkörperchen: 6,624,000. Zahl der weissen Blutkörperchen zu den rothen (3 Zählungen): 1 : 474, 1 : 426, 1 : 552. Hæmoglobingehalt 102%.

Die Operation wurde am 30. Juni mit Assistenz der Herren DDr. *Lardy*, *Jaunin* und *Sacks* ausgeführt. Der Schnitt wurde in der Mittellinie gewählt, ca. 25 cm. lang, zu ²/₃ über, zu ¹/₃ unter dem Nabel, der rechts liegen blieb. Sofort erschien die blaurothe Milz mit ihrem dicken stumpfen vordern Rande und den entsprechenden Einschnitten, die man vorher gefühlt hatte. Dieser Rand wurde mittelst der Hand auf die linke Seite herüber gezogen und nun konnte man auf der concaven Seite in einer verticalen mesenteriumähnlichen Falte von ca. 15 cm. Länge sicht- und fühlbar, sich von der Rückseite des Bauches erhebend den Eintritt der Gefässe erkennen. Nach unten war diese Falte abgegrenzt, nach oben nicht genau begrenzbar. Da aber die Milz nicht genügend gedreht werden konnte, um zum Hilus zu gelangen, so wurde zu dem Längsschnitt ungefähr in Nabelhöhe ein querer Schnitt durch den linken Rectus abdominis hinzugefügt, was das Herausheben der Milz ganz wesentlich erleichterte.

Nun wurde, während das Organ nach der l. Seite schonend herausgewälzt wurde, Stück für Stück der breiten Mesenterialfalte umgangen und mit multiplen Seidenfäden doppelt unterbunden. Wegen der Kürze der Falte war es an den meisten Stellen nicht möglich, doppelte Ligaturen anzulegen; es mussten vielmehr peripher grosse Arterienzangen angelegt werden. Die stark pulsirende Milzarterie konnte gut gefühlt werden vor der Durchschneidung, 2 sehr grosse Venen wurden ebenfalls gesehen. Wie viel von der Mesenterialfalte ligamentum gastro-lienale war, konnte nicht genau unterschieden werden; blos lag der Magenfundus der Ligatur an einzelnen Stellen sehr nahe an und musste die Cauda des Pancreas, über welche eine starke Vene verlief, abgelöst und wegen erheblicher Blutung mit mehrfachen Ligaturen versehen werden. So war endlich die Peritonealfalte, die zum Hilus aufstieg, in grösster Ausdehnung ligirt und damit die untern ²/₃ des Tumors so viel freigemacht, dass derselbe stärker emporgehoben werden konnte; allein nun ergab sich die grösste Schwierigkeit, die dicke Kuppe des Tumors, welche unter die Rippen am Zwerchfell heran reichte, loszulösen, da hier starke, flächenhafte Adhäsionen bestanden. Unter Einführung der Hand auf der concaven Seite wurde versucht, bis oben die Gefässe zu unterbinden, allein bei einem etwas starken Zug am Tumor riss ein grösseres venöses Gefäss ein und es begann eine

starke Blutung. Jetzt war keine Wahl mehr, man musste Zugang schaffen und daher wurde der Tumor sofort mit Kraft herausgewälzt unter Zerreissung der noch bestehenden Verbindungen. Unter Zufassen mit der Hand auf der medianen Seite wurde die Hauptblutung rasch beherrscht, während mit sterilisirter Compresse die Höhle nach oben ausgestopft wurde.

Allmälig gelang es, die comprimirende Hand durch Ligaturen zu ersetzen und nur eine einzige sehr tiefe Blutung, welche unter vorgängiger Anlegung sehr langer Arterienzangen schliesslich eine Unterbindung möglich machte, blieb übrig. Die Patientin zeigte momentan schwachen Puls, doch war die Athmung unbehindert und bedrohliche Erscheinungen blieben aus.

Die Därme waren die ganze Zeit, da sie wie der Magen und die Cauda des Pancreas zum Theil prolabirten, mit warmen Tüchern aus sterilisirtem Wasser bedeckt worden, die durch Caoutschukpapier geschützt waren. Carbol und Sublimat wurden nach der Eröffnung der Bauchhöhle gänzlich vermieden. Wie wir es seit Jahren thun, wurde auch hier eine Doppelnaht der Bauchwunde angelegt: Erst wurde Peritoneum mit Fascien mit theilweise fortlaufender Seidennaht vereinigt, danach die Haut und Unterhaut durch fortlaufende Naht geschlossen, Drains wurden nicht eingelegt.

Während der Präparation des Tumors waren im Mesenterium mehrfach geschwellte Drüsen zum Vorschein gekommen, welche ganz die gleiche derbe Consistenz und blaurothe Farbe der Milz darboten, wie kleine Nebenmilzen aussehend.

Nach der Operation war Pat. ziemlich elend, der Puls klein und frequent (100). Sie klagte über Rückenschmerzen. In der Milzgegend hatte sie nur mässige Schmerzen. —

Sie bekommt nun etwas Kraftbrühe, Kaffee und Cognac, erbricht aber 3 Male. Von 7 Uhr bis 12 Uhr Nachts bekommt sie nichts mehr von oben, dagegen 3 Nährklystiere. Nach 7 Uhr wurde der Puls ganz gut. Pat. wurde Abends catheterisirt.

Temperatur: 37,1, 37,9, 37,7, 37,5°.

Puls: 100, 84, 96, 94.

1. Juli 1888. Nachts hat Pat. gar nicht geschlafen. Der Puls ist ganz gut. Sie hat etwas Kaffee mit wenig Milch bekommen, und nicht mehr erbrochen.

Im Laufe des Tages bekommt sie ausser 2 Nährklystieren etwas Kaffee, Kraftbrühe und Vichywasser.

Sie klagt immer noch über Rückenschmerzen, fühlt sich sonst wohl.

Pat. konnte heute spontan uriniren; Abends hat sie Drang und kann nicht uriniren. Sie wird catheterisirt.

Temperatur: 37,6, 38,1, 38,8, 38,8, 38,5°.

Puls: 80, 100, 110, 112, 100.

2. Juli. Nachts hatte Pat. Winde; sie fühlt und beschreibt die peristaltischen Bewegungen, hat aber dabei keine Schmerzen. Sie bekommt keine Nährklystiere mehr, hingegen Kraftbrühe, Wein, Kaffee, Vichywasser von oben in genügender Quantität.

Der Verband wird abgenommen: der Bauch ist stark aufgetrieben, mässig gespannt. Pat. hat keine Beschwerden. Sämmtliche Nähte werden entfernt. Schöne Prima. Collodialstreifen, und darüber ein leichter Verband.

Der Urin enthält noch etwas Eiweiss, in gleicher Quantität, wie vor der Operation. Pat. urinirt spontan.

Temperatur: 38,0, 38,1, 37,8, 37,4°.

Puls: 92, 84, 80, 80, von guter Beschaffenheit. Pat. ist munter.

3. Juli. Nachts hatte Pat. wieder Winde. Nachmittags 5 Uhr spontaner, ziemlich reichlicher, etwas dünner Stuhlgang. Sie hatte gestern ein Klystier mit Karlsbadersalz bekommen; heute Morgen das gleiche, aber ohne Erfolg. Nachmittags $^1/_2$4 Uhr: Klystier mit 4 Esslöffel Olivenöl, 1 Kaffeelöffel Karlsbadersalz, worauf Stuhlgang erfolgte.

Diät wie vorher.

Abdomen noch ziemlich aufgetrieben; unempfindlich; Pat. sieht gut aus, ist munter. Die Rückenschmerzen haben nachgelassen.

Der Urin ist ziemlich spärlich, etwas dunkel gefärbt, enthält reichlich Urate, kein Blutfarbstoff oder Gallenfarbstoff. Hingegen hat der Eiweissgehalt etwa um das Doppelte zugenommen.

Blut. Die rothen Blutkörperchen haben eine normale Form, bilden Münzenrollen, im Kubikmillimeter 6,040,000. Die weissen sind im Verhältniss von 1 : 431 vorhanden.

Die grossen weissen Blutkörperchen sind vereinzelt; daneben finden sich aber ziemlich viele kleinere Leucocyten. Die Zahl der Blutplättchen scheint nicht vermehrt zu sein.

Schilddrüse und Lymphdrüsen bieten keine Veränderungen dar seit der Operation.

4. Juli. Im Urin ist nur noch eine Spur Eiweiss.

Temperatur: 37,0, 37,4.

Urinmengen in 24 Stunden 750 ccm.

5. Juli. Das Blut wird untersucht. Viele körnig zerfallene weisse Blutkörperchen. Spärliche grosse Leucocyten. Die Zahl der weissen Blutkörperchen scheint nicht vermehrt zu sein. Eine genaue Zählung ist unmöglich. — Zahlreiche Blutplättchen.

Rothe Blutkörperchen: 6,140,000 im Cubikmillimeter, von ganz normaler Form. In einigen sieht man deutlich im Centrum einen dunkleren rothen, etwas zackigen Theil, wie einen Kern.

Urinmenge in 24 Stunden 810.

6. Juli. Im Urin wird kein Eiweiss gefunden.

Urinmenge in 24 Stunden 780.

Leichtes Oedem der Unterschenkel.

7. Juli. Abends, bei der Untersuchung der Pat., wird in den Bauchdecken, unterhalb und nach rechts vom Nabel eine empfindliche, handtellerbreite Resistenz gefunden.

Temperatur: 36,8, 38,0°.

9. Juli. Die am 7. gefundene Resistenz ist ein Hæmatom. Es wird eine kleine (1 cm. lange) Incision gemacht; es entleert sich schwarzes, zum Theil geronnenes Blut. Mit einem Schieber und einem kleinen scharfen Löffel und durch Druck werden weiche schwarze Blutcoagula zu Tage befördert.

Die kleine Wunde wird mit einem Jodoformgazebausch und einem Jodoformgazecollodialstreif bedeckt.

Pat. fühlt sich wohl.

Die Untersuchung des Urins auf Eiweiss ergibt nur eine leichte Trübung.

Temperatur: 36,8, 38,3.

10. Juli. Etwas Oedem der Unterschenkel. Die entleerte Urinmenge ist gering. Im Blut findet man viele zerfallene weisse Blutkörperchen, viele Plättchen, und eine anscheinend normale Zahl von gut geformten weissen Blutkörperchen.

Temperatur: 38,0, 38,2, 38,5°.

12. Juli. Blutuntersuchung. Eine zweimal wiederholte Zählung ergibt folgende Zahlen:

I. Rothe Blutkörperchen 4,920,000. Verhältniss der weissen Blutkörperchen zu den rothen 1 : 323.

II. Rothe Blutkörperchen 4,888,000. Weisse Blutkörperchen 1 : 470. Hæmoglobingehalt 80%.

Pat. bekam heute Morgen einen Löffel Karlsbadersalz, da der Bauch ziemlich stark aufgetrieben war. Im Laufe des Tages hatte sie 3 spärliche Stuhlgänge.

Temperatur: 36,6. 37,5.

Der Urin ergibt nun noch eine leichte Trübung bei der Untersuchung auf Eiweiss.

13. Juli. Pat. hatte heute noch zwei reichliche Stuhlgänge. Sie fühlt sich müde, hat sonst keine Klagen. Appetit. Der Bauch ist noch ziemlich stark aufgetrieben.

An der Schilddrüse und an den Lymphdrüsen ist keine Veränderung wahrzunehmen.

Temperatur: 36,6, 37,8.

Beine noch etwas geschwollen. Pat. bekommt versuchsweise etwas Digitalis, 0,5 pro die.

17. Juli. Blutuntersuchung: Zuerst fällt eine bedeutende Vermehrung der weissen Blutkörperchen auf. Die granulirten Massen sind wie am 12. zu sehen, aber nicht so reichlich. Die weissen Blutkörperchen sind relativ klein.

An den rothen Blutkörperchen keine Veränderungen. Blutplättchen nicht sichtbar vermehrt.

Zählung 2 Mal: I. 5,144,000 rothe Blutkörperchen. II. 4,936,000 rothe Blutkörperchen. Weisse Blutkörperchen: I. 1 : 117. II. 1 : 137.

Pat. fühlt sich wohl, nur etwas müde. Mässiges Oedem der Unterschenkel noch vorhanden. An den Lymphdrüsen und an der Schilddrüse nichts Bemerkenswerthes. Noch etwas Infiltration an der Stelle des frühern Hæmatoms in der Bauchwand.

Appetit ziemlich gut.

Temperatur: 36,8, 37,8°.

Seit dem 15. steht Pat. jeden Tag ½—¾ Stunden auf. Sie wird dabei sehr müde.

Der Stuhlgang war in letzter Zeit regelmässig, etwas dünn.

18. Juli. Letzte Nacht gegen 12 Uhr hat Pat. plötzlich sehr heftige Schmerzen zuerst in der linken Seite, später im ganzen Bauche. Diese Schmerzen waren kolikähnliche. Sie bekam eine Morphiumeinspritzung.

Heute Morgen ist der Bauch stark aufgetrieben, mässig druckempfindlich, besonders in der Milzgegend, die gedämpft ist. Pat. fühlt sich sehr schwach.

Temperatur: 38,6, 38,5, 38,6, 38,4.

Puls: 104, 96, 100, 108.

19. Juli. Gestern Abend und heute Morgen hatte Pat. 4 ziemlich reichliche, dünne Stühle. Sie fühlte sich darnach erleichtert.

Der Bauch ist noch stark aufgetrieben, weniger gespannt als gestern. Die Milz- und die Lebergegend (unter dem r. Rippenrande) sind bei der Palpation ziemlich empfindlich.

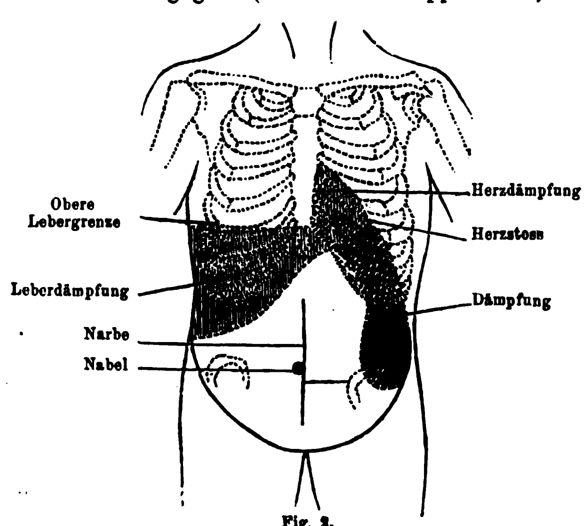


Fig. 2.

Die seitlichen Bauchgegenden sind bei der Percussion gedämpft; vor dem linken Rippenbogen fühlt man eine Resistenz, die nicht scharf abzugrenzen ist. — Wenn Pat. sich im Bette dreht, hat sie Schmerzen im Bauche, die sie nicht genau localisiren kann.

Sie fühlt sich noch sehr schwach. Appetit gering.

Temperatur: 37,7, 37,4°.

Puls 96, 88.

20. Juli. Status im Ganzen wie gestern; Leber- und Milzgegend weniger empfindlich. Pat. fühlt sich etwas besser. An der Schilddrüse und an den Lymphdrüsen keine merkbare Veränderungen.

Für die Percussionsergebnisse siehe Schema (Fig. 2).

Blut: Rothe Blutkörperchen unverändert. Die Zahl der weissen grösser als normal; dieselben sind verhältnissmässig klein, manchmal zu mehreren gruppirt. An den Blutplättchen nichts Auffallendes. Hie und da die schon früher beschriebenen granulirten Massen.

Blutkörperchenzählung. Trotz wiederholter Versuche ist es nicht möglich, die Zahl der weissen Blutkörperchen etwas genau zu bestimmen.

3 Zählungen ergaben für die rothen: 4,400,000, 3,916,000, 4,512,000.

Puls: 92, von guter Beschaffenheit.

Temperatur: 36,6, 37,6.

Athmung 30 in der Minute.

Urin reagirt sauer, enthält kein Eiweiss.

Mässiges Oedem der Unterschenkel. Ziemlich starkes Oedem der unteren Rückentheile. Die Haut über dem unteren Theile des Sacrums ist geröthet und schmerzhaft, ganz kleine Decubitusstelle.

2. August. Pat. beklagt sich, dass sie so häufig Urin lassen müsse und immer nur wenig. Die Beine sind œdematös. Geringes Oedem der Labien.

Appetit und Stuhlgang gut.

4. August. Die 2tägige Urinmenge beträgt 1900. Der Urin ist sauer, enthält Spuren von Eiweiss.

6. August. Pat. versucht wieder ein wenig aufzustehen. In ihrem Befinden hat sich nichts geändert. Abdomen immer noch aufgetrieben. Im l. Hypochondrium, an Stelle der Milz, ein dem Rande der letzteren ähnlicher Rand zu fühlen.

Pat. steht täglich etwas auf, fühlt sich aber sehr schwach.

Im Urin noch Eiweiss.

An den Knochen ist keine Veränderung wahrzunehmen.

8. August. Status idem.

11. August. Pat. erhält von heute ab Solut. Fowleri täglich 2 Tropfen.

13. August. Pat. sieht entschieden besser aus gegen die letzten Tage, wo sie matten Blick zeigte und mit matter Stimme antwortete. Das Aufstehen bekommt ihr sehr gut.

15. August. Pat. fühlt sich recht wohl, wie nie seit der Operation.

Morgen wird sie nach Hause entlassen.

Entlassungs-Status 15. August 1888.

Pat. zeigt eine gesunde Gesichtsfarbe, einen frischen, nicht leidenden Ausdruck; Blick frei; im Gesicht kein Oedem. Athmung ruhig, wesentlich costal.

Haut trocken, von normaler Wärme und Elasticität, fettarm, auf Brust und Abdomen etwas gelblich pigmentirt.

An den Beinen, von den Fussrücken aufwärts bis zur Mitte der Beugeseite der Oberschenkel teigiges Oedem.

An der Gesässhaut zahlreiche, von kleinen Furunkeln herrührende, noch frische, rundliche Narben. Im Anus ein Hæmorrhoidalknoten.

Abdomen stark kuglig aufgetrieben. Von der Symphyse bis zur Spitze des proc. xiph. 33 cm. Der grösste Umfang 88 cm.

In der Mittellinie verläuft die 20 cm. lange, durchschnittlich 3 mm. breite, schön aussehende Narbe, in deren Mitte der Nabel liegt (die Narbe geht links an demselben vorbei). Von der Mitte der verticalen Narbe zieht nach links eine 5 cm. lange horizontale, von gleicher Beschaffenheit wie die erstere. Narbe leicht verschieblich, nicht schmerzhaft.

Thorax wird bei der Athmung in allen Theilen gut ausgedehnt.

Percussion der Lungen: Die r. untere Lungengrenze ist in der Mammillarlinie am untern Rande der VI. Rippe; in der mittlern Axillarlinie am untern Rande der VIII. Rippe. Hinten rechts ist die untere Lungengrenze am proc. spin. XI. Hinten links steht sie etwas höher. In der hintern linken Axillarlinie auf der IX. Rippe (leicht verschieblich), in der mittleren linken Axillarlinie in der Höhe der VIII. Rippe.

Die Percussion des Herzens ergibt die obere Grenze der absoluten Dämpfung auf der IV. Rippe; dann geht die Grenze nach aussen unten im Bogen, immer innerhalb der Mammillarlinie bleibend. Der Herzspitzenstoss ist fühlbar im V. Intercostalraum, nach innen von der Mammillarlinie.

Rechtsseitige Herzdämpfung nicht vorhanden.

Die Auscultation der Lungen ergibt überall Vesiculärathmen.

Pectoralfremitus beiderseits von gleicher Stärke.

Herztöne. An der Herzspitze hört man nach dem I. Ton ein deutliches systolisches Geräusch. Sonst sind die Herztöne an allen Ostien rein. II. Pulmonalton etwas klappend.

Abdomen (Percussion). Die Leberdämpfung reicht in der Mammillarlinie 3 Finger breit unter den Rippenbogen; in der Mittellinie 3 Finger breit unter die Spitze des proc. xiph.; in der vordern Axillarlinie bis zum Rippenbogen; nach links bis zum l. Rippenbogen.

An Stelle der frühern Milz lässt sich eine deutliche Dämpfung nachweisen, die in der mittlern Axillarlinie von der untern Lungengrenze beginnt und bis zum untern Rande des Rippenbogens reicht, nach hinten geht diese Dämpfung bis zur Wirbelsäule, nach vorn bis zur Mammillarlinie, in der sie, etwa 3 Finger breit unter dem Rippenbogen in den tympanitischen Darmschall übergeht. Der halbmondförmige Raum zeigt überall Dämpfung, die mit der Pseudomilzdämpfung in Zusammenhang steht.

In der ganzen linken abhängigen Partie des Abdomens Dämpfung, die auch bei Seitenlagerung der Pat. nicht verschwindet. Rechts in den abhängigen Theilen keine Dämpfung. Trotzdem glaubt die auf der einen Seite des Abdomen aufgelegte Hand exquisiten Wellenschlag zu spüren, wenn man auf der entgegengesetzten Seite mit dem Finger anschlägt.

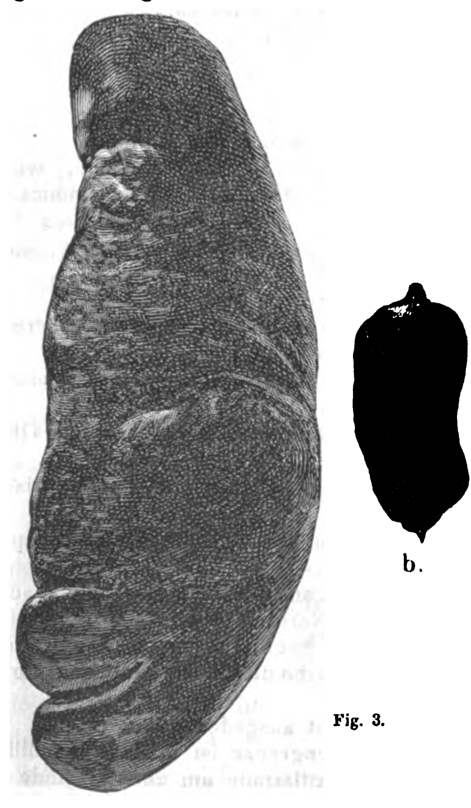


Fig. 3.

Obige Figur a. gibt Form und Grösse der Milz im Verhältniss zu einer daneben gehaltenen normalen Milz b. wieder nach photographischer Aufnahme der vorderen Seitenansicht.

Die Palpation ergibt eine stark vergrösserte Leber, deren scharfer Rand und deren obere Fläche entsprechend den oben angegebenen Percussionsgrenzen deutlich zu palpiren ist und fast Ballotement zeigt.

Parallel dem l. Rippenbogen fühlt man einen scharfen Rand, wie von einer Milz, der sich nicht genau nach rechts zur Leber festsetzen lässt, und der die Respirationsbewegungen mitmacht.

Von Drüsen sind in der r. und l. regio submaxillaris je eine erbsengrosse, in der r. Fossa supraclavicularis, sowie in der l. Achselhöhle ebenfalls je eine erbsengrosse zu fühlen.

Die Leistendrüsen sind beiderseits, besonders links, stark angeschwollen, derb, schmerzlos.

In den Ellbeugen keine Lymphdrüsen. An den Knochen ist keine Veränderung, weder an den Röhrenknochen noch an den andern wahrzunehmen.

Das Blut weist viele Microcyten auf; sonst ist nur die geringe Zahl der r. Blutkörperchen und eine Vermehrung der weissen bemerkenswerth.

Zweimalige Zählung ergab heute:

1) 3,944,000 rothe. Weisse zu rothen = 1 : 140.

2) 3,860,000 rothe. Weisse zu rothen = 1 : 138.

Puls 102, von mittlerer Höhe, regelmässig, ziemlich leicht zu unterdrücken.

30. Juni 1888. Beschreibung der Geschwulst. Die Milz hat die Form ungefähr einer normalen Milz, nur ist auf der concaven Seite von oben nach unten ein Mannsarm-dicker, vorspringender Wulst, bis zum untern Viertel herunter zu sehen.

Nicht nur am Rande, sondern auch an der concaven Seite sind zahlreiche Einschnitte; eine kleine Nebenmilz nur durch lockere, breite, peritoneale Adhäsionen gegen den hintern Rand zu auf der concaven Seite befestigt.

Ungefähr in der Längsrichtung, in der Mitte der concaven Fläche, über den erwähnten Wulst, läuft eine Furche, in deren unterm Theile, in einer Breite von ca. 7 cm., der Stiel sich inserirt; in demselben ist namentlich die Vene sehr auffällig; Querdurchmesser 14 mm.; oberhalb derselben die Arterie, 5—6 mm. Durchmesser (beide Gefässe unaufgeschnitten gemessen).

In dem lockeren Gewebe, das die Gefässe begleitet, finden sich derbe fleischige Einlagerungen, dem Milzgewebe ähnlich, in Form von zahlreichen kleinen Knötchen.

An dem obern Ende ist eine ähnliche hilusartige Stelle; auch hier ist eine grosse Vene (unaufgeschnitten von 12 mm. Durchmesser) zu sehen.

Ausser diesem Hilus geht quer zwischen dem mittlern und untern Viertel eine Linie breiter Adhäsionen hin, von einem Seitenrand zum andern; und vom oberen Ende der Längsfurche zieht sich eine fast handbreite Fläche nach dem hintern Rande zu, wo breite Züge bindegewebiger Adhäsionen, zum Theil fetzig herabhängend, aufgelagert sind.

Im übrigen ist die Farbe der Milz braun-blau-roth, und sieht man unter dem gespannten, im grossen Ganzen glatten Peritonealüberzug zahlreiche gelbe, fettähnliche Flecke, zackig unregelmässig, namentlich auch im Bereiche der Adhäsionen, und daneben schwarze, zackige Partien, wie Ecchymosen aussehend, sehr zahlreich, zum Theil auch vorragend, kleinere, gegen die Ränder zu, sich zu grösseren Flecken combinirend.

Die convexe Fläche der Milz zeigt im grossen Ganzen birnförmige Gestalt, indem ein kürzerer oberer Theil eine ziemlich runde Kuppe darstellt, während nach unten zu die Milz sich verbreitert, indem der Durchmesser von vorne nach hinten nach der Tiefe zu abnimmt.

Soweit die Milz unter den Rippen lag, d. h. in einer Höhenausdehnung von 17 cm., ist sie mit weisslichem, narbigem Ueberzug versehen, der etwas eingesenkt ist, und die oben erwähnten fettigen Einlagerungen zahlreich enthält.

An der Oberfläche hangen noch dünne Adhäsionen; jene sehnige Partie hört in einer queren Linie auf und der untere Theil ist ziemlich gleichmässig glatt. Hier sind wieder die schwärzlichen und gelblichen Einlagerungen sehr zahlreich zu sehen, und am vordern Rande tiefe Incisionen. Der grösste Querumfang beträgt 47 cm., die grösste Peripherie beträgt 86 cm., der grösste Längsumfang beträgt 76 cm. Gewicht 3530 Gramm. Länge 33,5, Breite 19,5, Dicke 11,0 cm.

Dr. *Niehus*, erster Assistent des pathologischen Institutes, hatte die Güte, uns über den histologischen Befund folgenden Bericht zu schicken:

Microscopisch tritt der Bau der Milz deutlich hervor, Pulpa und Follikel heben sich scharf von einander ab, also im Wesentlichen ist eine Hyperplasie des Milzgewebes vorhanden. Dabei ist das gröbere Trabekelsystem stark verdickt, das Gefüge von dessen Fibrillen etwas lockerer wie normal und zahlreicher und ebenso das Reticulum, in dem die Lymphkörper eingelagert sind.

Im Anschluss an die venösen Capillaren scheint sich sogar stellenweise fibrilläres

Bindegewebe gebildet zu haben, das dazu beiträgt, die Capillaren, welche weit sind, um so deutlicher hervortreten zu lassen.

In den Follikeln ist die Verdickung des Reticulum nicht so ausgesprochen wie in der Pulpa, doch auch hier vorhanden.

Am 23. September erhielten wir einen Brief aus Auftrag des Herrn Dr. *Berthelot* in Pontarlier des Inhalts, dass Frau X. sich nicht gut befinde, dass Bauch und Beine hydrophisch seien, die Magerkeit sich nicht gebessert habe.

Nach *Liebmann* („Centralbl. für Gynäcologie" 1888, Nr. 21) wäre unser Fall der 47., der bekannt gegeben wird von Splenectomie — soviel wir wissen, die erste Exstirpation eines Milztumors, die in der Schweiz gemacht worden ist, und wohl einer der grössten Milztumoren, welche mit glücklichem Erfolge entfernt sind. Leukämische Tumoren sind wohl schon ebenso grosse operirt worden, allein wie bekannt, stets mit schlechtem Erfolg. Nach *Liebmann* sind alle 18 Fälle von Splenectomie bei leukämischen Milztumoren tödtlich abgelaufen.

Von den übrigen 28 Fällen betreffen 10 Wandermilzen, wo die Operation wesentlich erleichtert ist durch die Verlängerung der Ligamente und die Stielung des Tumors. Es darf deshalb nicht Wunder nehmen, dass von diesen, zum Theil falsch diagnosticirten Tumoren unter 10 Operationen 8 Mal Heilung erzielt worden ist. Wo eine solche Beweglichkeit nicht besteht, ist die Mortalität erheblich grösser (nach *Liebmann* blos 7 Heilungen auf 18 Operationen), wahrscheinlich um so grösser, je grösser der Tumor und je mehr Adhäsionen vorhanden sind.

Wie ersichtlich, lassen sich auch bei sehr grossen und unbeweglichen Tumoren die technischen Schwierigkeiten überwinden. Wesentlich scheint uns dabei ein sehr langsames und vorsichtiges Vorgehen, damit man nichts reisse und schneide von Adhäsionen, das man nicht entweder sofort zu fassen im Stande wäre, oder wenigstens zu comprimiren mit Hand oder Zange.

Zu diesem Behufe ist ein guter Zugang unumgänglich nothwendig und wir sind mit *Czerny* ganz einverstanden, dass ein medianer Schnitt, wie in *Péan* gewählt hat, dem Schnitte am lateralen Rande des Rectum abdominis vorzuziehen ist. Er gibt grössere Freiheit, von der rechten Seite her auf die untere Fläche des Tumors zu kommen, d. h. die wichtige Stelle des Eintritts der Gefässe im Hilus den Fingern und den Augen zugänglich zu machen. Ist man aber bei diesem Schnitte auf der linken Seite beengt, so bekommt man, wie unser Fall lehrt, sehr guten Zugang durch einen Querschnitt in der Nabelhöhe, durch den Rectus oder im Nothfalle noch weiter durch die Bauchmuskeln hindurch. Wesentlich endlich erscheint uns, dass jedes differente Antisepticum strenge vermieden werde. Bei der gewaltigen Störung der Circulation, welche die Ausschaltung einer solchen Gefässbahn, wie die Milz sie darbietet, sowie der Wegfall eines so grossen Organes aus der Bauchhöhle schon an und für sich zur Folge haben muss, darf man den aus einer länger dauernden und blutigen Operation resultirenden Shock nicht noch durch die Giftwirkung der Carbolsäure und des Sublimats vermehren, man darf nicht antiseptisch, sondern blos aseptisch operiren.

Was die weitern Folgen der Milzexcision anbelangt, so scheint es über jeden Zweifel gesichert, dass der Mensch ohne Milz leben kann, ohne dass

bleibende und wesentliche Störungen irgend einer Art resultiren. Allerdings hat *Credé* in Dresden sehr interessante Beobachtungen mitgetheilt über Blutveränderungen nach einer glücklichen Milzexstirpation wegen Cyste bei einem 44jährigen Manne. Es trat binnen 2 Monaten eine derartige leukämische Blutbeschaffenheit ein, dass das Verhältniss der weissen zu den rothen Blutkörperchen sich auf 1 :3—4 steigerte, nachdem schon vorher qualitative Veränderungen in dem Sinne zu constatiren gewesen waren, dass unter Ausfall der grossen weissen lienogenen Blutkörperchen und Abnahme der gewöhnlichen rothen, die kleinen weissen lymphogenen und die kleinen rothen, zum Theil kernhaltigen Blutkörperchen aus dem Knochenmark starke Vermehrung aufgewiesen hatten. Auch *Péan* habe, freilich in sehr gelindem Grade eine solche relative Vermehrung der weissen Blutkörperchen in seinen zwei Fällen nachgewiesen. Dazu kommt die Beobachtung einer „vicarirenden" Schwellung der Schilddrüse in *Credé*'s und der Lymphdrüsen in *Czerny*'s Fall. Aber alle diese Veränderungen, ebenso wie Veränderungen im Harn, Verdauungsstörungen waren blos vorübergehend; in vier Monaten war bei *Credé*'s exquisitem Falle Alles wieder normal. Blos eine hochgradige Nervosität wird in *Péan*'s und *Czerny*'s Fall constatirt; bei der Patientin dieses letztern Chirurgen bestand dieselbe schon vorher.

Unsere Patientin hat in voller Uebereinstimmung mit der Beobachtung von *Credé* eine Abnahme der rothen und eine Zunahme der weissen Blutkörperchen dargeboten und zwar konnten auch wir constatiren, dass sehr rasch die grossen weissen Blutkörperchen in den Hintergrund traten gegen die stark sich vermehrenden kleinen weissen Blutkörper. Kernhaltige konnten wir nicht finden. Entsprechend der Abnahme der rothen Blutkörperchen ging der Hämoglobingehalt des Blutes zurück. Schon vor Ablauf der dritten Woche hatten diese Erscheinungen einen höhern Grad erreicht und da laut Bericht der Zustand der Patientin nach drei Monaten noch sehr zu wünschen übrig lässt, so ist wahrscheinlich, dass die Blutveränderung noch nicht in Abnahme ist. Freilich können wir einen Verdacht nicht unterdrücken, obschon die histologische Untersuchung demselben keinen positiven Rückhalt gewährt, dass nämlich der Milztumor den Charakter des malignen Lymphoms, resp. eines Lymphosarcoms an sich trug, angesichts der zahlreichen kleinern und grössern regionären Metastasen, welche bei der Operation und auch am Präparat konstatirt wurden und angesichts der Leberschwellung, welche sich nicht zurückbilden wollte. Der weitere Verlauf wird hoffentlich hierüber Aufschluss geben und wir haben Herrn Dr. *Berthelot* gebeten, uns seine Beobachtungen mitzutheilen. Ueber 6 Wochen war die Patientin durchaus nicht mehr im Spital zu halten.

Von Anschwellung der Lymphdrüsen war, so lange die Patientin in unserer Beobachtung stand, wenig zu beobachten; nur die Leistendrüsen schienen zugenommen zu haben, aber ohne weicher oder empfindlicher geworden zu sein. Von einer Schwellung der Schilddrüse war gar nichts zu beobachten, obschon genau darauf untersucht wurde. Dass die erwähnten Blutveränderungen nicht eine unmittelbare Folge der Operation waren, speciell des begleitenden Blutverlustes, dürfte daraus hervorgehen, dass bei genauer Controle die Abnahme der rothen und Zunahme

der weissen Blutkörperchen keineswegs die ersten Tage nach der Operation eintrat, sondern erst allmälig und zwar stetig zunehmend.

Bern, 8. October 1888.

Die Geburtshülfe und Gynæcologie in ihrer Stellung als klinische Lehrfächer.

Antrittsrede an der Zürcher Universität gehalten am 21. Juli 1888

von Prof. Dr. Th. Wyder.

(Schluss.)

Man hört oft, namentlich an grossen Universitäten, von jungen Aerzten, die zugereist sind, um sich noch weiter auszubilden, den Wunsch äussern, vor Eintritt in die Praxis noch einige operative Geburten beobachten zu können. Normale Fälle werden gewöhnlich mit dem Bemerken abgelehnt, dass die Beobachtung derselben ein langweiliges Geschäft sei, das man in der Praxis bald erlernt habe. Der junge Practiker verlässt sich eben darauf, dass die Mutter Natur glücklicher Weise bei der grossen Mehrzahl der Geburten ohne sein Beisein den Fall glücklich zu Ende führt und dass man seine Hülfe gewöhnlich nur dann verlangt, wenn in die Augen springende, sofort erkennbare Regelwidrigkeiten vorliegen.

Aus dem oben Angeführten ergibt sich von selbst, wie verhängnissvoll eine solch' falsche Beurtheilung des Werthes der normalen Geburten für Frau und Kind werden kann, ganz abgesehen davon, dass sich der Arzt sehr blossstellt, wenn er, wie das sehr häufig beobachtet wird, in Verkennung der Sachlage bei normalen Geburten blinden Lärm schlägt und ein, vielleicht zum Glück herbeigerufener Fachmann dann erklären muss, dass Alles in Ordnung sei.

Dass die Beobachtung regelwidriger und speciell operativer Geburten nur für den von rechtem Nutzen sein kann, der mit den physiologischen Vorgängen vertraut ist, dürfte sich aus dem Gesagten zur Genüge ergeben. Deshalb ist eigentlich auch zu verlangen, dass nur diejenigen jungen Mediciner an den geburtshülflichen Operationscursen am Phantom sich betheiligen, die bereits eine gewisse Summe theoretischer Kenntnisse besitzen und wenigstens schon ein Paar normale Geburten von Anfang bis zu Ende beobachtet haben.

Die Aufgabe des Lehrers in solchen Cursen ist, abgesehen davon, dass in denselben die Diagnostik der Kindslagen fleissig geübt werden soll, eine zweifache.

In erster Linie hat er die Studirenden mit der Indicationsstellung zu geburtshülflichen Operationen vertraut zu machen. Diese und nicht das Operiren selbst ist die Hauptsache. Zur richtigen Zeit eine Gefahr zu erkennen und nach Abwägen aller in Betracht kommender Momente das richtige Mittel zur Beseitigung derselben in Anwendung zu ziehen, das sind die Haupteigenschaften, welche einen tüchtigen Geburtshelfer auszeichnen sollen.

Nicht immer leicht ist die Indicationsstellung, ja sie gehört unter Umständen zu den schwierigsten Problemen des Arztes. Man bedenke, dass bei einer Geburt immer zwei Menschenleben zu berücksichtigen sind, dass gar oft allzu grosse Rücksichtnahme auf den Zustand des einen Theiles, das Leben des andern ohne Noth bedroht, dass es unter Umständen gilt, das mütterliche Leben für das kind-



liche in die Schanze zu schlagen und umgekehrt, das Kind zu Gunsten der Mutter zu opfern.

Um so mehr ist es die Pflicht des klinischen Lehrers, in seinen Cursen und in seiner Klinik die Indicationsstellung, wie ich bereits erwähnt, immer und immer wieder zu üben und dafür zu sorgen, dass seine Schüler geburtshülflich denken lernen, damit sie später in der Praxis bei kritischen Anlässen nicht hülf- und rathlos dastehen, sondern sich rasch orientiren und darnach richtig handeln.

Von grossem Nutzen wird es dabei auch sein, an selbst erlebten und mit erlebten Beispielen oder solchen aus der Literatur bekannten den Schaden zu illustriren, welchen falsche Indicationsstellung und falsches Handeln veranlasst haben. Es ist eine alte Erfahrung, dass die Erzählung solcher, gestatten Sie mir den Ausdruck, „Räubergeschichten" auf den angehenden Geburtshelfer einen viel grössern Eindruck macht und deshalb auch viel tiefer dem Gedächtnisse sich einprägt als abstracte Abhandlungen und Auseinandersetzungen.

Durch solche Uebungen wird auch das Gewissen des Arztes gestählt gegen die Versuchung, welche in der Praxis oft an ihn herantritt, ohne Indication, ja sogar aus selbstsüchtigen Gründen, operativ in den Verlauf einer Geburt einzugreifen.

Nichtsdestoweniger halte ich es für keinen pädagogischen Missgriff, in Kliniken unter Umständen auch einmal ohne stricte Indication, „experimenti causa" die oder jene kleine geburtshülfliche Operation, wie z. B. die Application einer Zange im Beckenausgange zu gestatten, immer natürlich vorausgesetzt, dass man mit positiver Sicherheit dafür garantiren kann, dass der betreffenden Parturiens aus solchen Eingriffen kein Nachtheil, ja sogar eher der Vortheil einer abgekürzten Geburt erwächst.

Aus der Gestattung solcher kleiner Eingriffe zieht der zukünftige Practiker den ungeheuren Vortheil, dass er nachher im practischen Leben mit grösserer Sicherheit und mit grösserem Selbstvertrauen eine Operation ausführt, die er bereits früher einmal unter sachverständiger Leitung vornehmen durfte.

Es wird sich hier der Einwand erheben, dass ein solches Experiment sehr gewagt sei, weil dadurch der junge Arzt geradezu verleitet werde, ohne Indicationsstellung in seiner eigenen Praxis drauf los zu operiren.

Darauf ist zu antworten, dass die Indicationsstellung in Klinik und Praxis sich durchaus nicht vollständig decken, dass der practische Arzt so wie so später gezwungen ist, den in Anstalten gelernten Indicationskreis zu erweitern. Es wird deshalb ganz gut sein, ihm schon in der Klinik die Anleitung zu geben, wie weit er in der Ausdehnung der Indicationsstellung gehen darf. Natürlich muss der Lehrer dabei nie vergessen hervorzuheben, dass zwar im gegebenen Falle ein stricter Grund zur Vornahme der oder jener Operation fehle, dass aber in der Privatpraxis die und die Umstände die Vornahme einer von Haus aus nicht völlig indicirten Operation rechtfertigen könnten. Ein vernünftiger und gewissenhafter Arzt wird aus solchen Maximen nicht den Schluss ziehen, dass man in praxi ohne Grund und ohne Gefahr operiren dürfe, einen unvernünftigen und gewissenlosen schützen selbst

die eindringlichsten Mahnungen des klinischen Lehrers, nur bei stricter Gefahr von Seiten der Mutter oder des Kindes einzugreifen, nicht vor Missbrauch!

Eine zweite Hauptaufgabe des Lehrers bei Operationscursen besteht darin, jeden einzelnen Schüler, soweit es Zeit und Umstände gestatten, mit den bei den einzelnen Operationen nothwendigen Manipulationen vertraut zu machen, damit derselbe, selbst in kritischer Lage, nicht vergisst, dass seine Hand zum Helfen und nicht zum Zerstören geschaffen ist. Man darf es dabei an ernsten und mahnenden Worten nicht fehlen lassen; man darf nicht unterlassen, immer und immer wieder darauf hinzuweisen, welche specielle Nachtheile dieser oder jener falsche Handgriff zur Folge haben kann; der spätere Arzt dankt es seinem frühern Lehrer nicht, wenn er in der Praxis durch mangelhafte Dextrität Andern und sich selbst grossen Schaden zufügt.

Auch auf eine gewisse Eleganz des Operirens ist Gewicht zu legen. Man vergesse über allen sonstigen Vortheilen, welche ein sorgfältiges, elegantes Operiren gewährt, nicht den, dass der Arzt meist zu operiren hat in Gegenwart von Hebammen, welchen gewisse Eingriffe, z. B. die Extraction am untern Körperende in Abwesenheit des Arztes auszuführen gestattet ist, Manipulationen, welche sie während ihrer Lehrzeit erlernen mussten. Welch' schlechten Eindruck muss es auf eine Hebamme machen, wenn ein junger Arzt schlechter operirt als sie selber! In welchem Maasse muss da die ärztliche Autorität leiden! Wie schwer fällt es da, der Hebamme, die ja gar oft im Arzte einen Rivalen zu erblicken gewohnt ist, den nöthigen Respect vor dem ärztlichen Stande beizubringen!

Welchen Einfluss *Lister*'s Lehren auch auf die Geburtshülfe und Gynäcologie ausübten, haben wir bereits früher gesehen.

In der That ist keine andere Disciplin so geeignet, dem jungen Mediciner den Segen der Antiseptik in so frappanter Weise vor die Augen zu führen, als die Geburtshülfe, weil der Nutzen derselben nicht nur bei pathologischen, operativen Geburten, sondern auch bei normalen in die Augen springt, weil die Vernachlässigung derselben in kaum furchtbarerer Weise sich manifestirt als in dem, selbst von dem Laien so sehr gefürchteten Kindbettfieber.

Kein anderes medicinisches Fach mahnt deshalb so sehr, dafür zu sorgen, dass die antiseptischen Maassnahmen einem angehenden Arzte in Fleisch und Blut übergehen. Und in Fleisch und Blut müssen dieselben in des Wortes vollster Bedeutung übergegangen sein, wenn sie den richtigen Erfolg haben sollen!

Wer sich einbildet, dass es mit der blossen Ueberzeugung von der Richtigkeit der Antiseptik gethan sei, dass das blosse Eintauchen der operirenden und untersuchenden Hand in die vorgeschriebenen Desinfectionsflüssigkeiten genüge, der befindet sich in einem schweren, verhängnissvollen Irrthume. Auf Kleinigkeiten, die hier alle anzuführen den Rahmen dieses Vortrages weit überschreiten würden, kommt es oft an und Ausserachtlassung solcher kann der Pflegebefohlenen das Leben kosten.

Die Antiseptik muss dem Arzte anerzogen sein, er muss in

Folge dieser Erziehung einen gewissen Instinkt besitzen im Ausfindigmachen der Dinge, welche hier von Wichtigkeit sind, einen Instinkt, den man sich nicht von heute auf morgen erwerben kann.

Man vergesse nicht, dass eine peinliche Befolgung aller antiseptischen Cautelen nicht gerade zu den Bequemlichkeiten dieses Lebens gehört, von denen man sich deshalb gerne, wenn es ginge, dispensiren möchte.

Es muss deshalb der klinische Lehrer dafür sorgen, dass seine Schüler sich ebenso wenig wohl fühlen ohne Befolgung der gegebenen dahin bezüglichen Vorschriften wie ein cultivirter Mensch, der seine Morgentoilette nicht gemacht hat.

Wie schwer es ist, sich völlig in die moderne Antiseptik einzuleben, das zeigen uns viele ältere Aerzte, die ihre Studien in der Zeit vor *Lister* gemacht haben. Viele klagen direct darüber, dass es ihnen grosse Schwierigkeiten bereite, sich jetzt noch in den neuen Ideenkreis hinein zu arbeiten. Andere glauben völlig auf der Höhe der Situation zu sein, und wie tief stehen sie in Wirklichkeit noch darunter!

Ich fürchte fast eine Ketzerei zu begehen, wenn ich die Behauptung aufstelle, dass bei manchem Arzte und in Folge dessen auch bei vielen Hebammen *Lister* unverschuldet mehr Schaden als Nutzen gestiftet hat, wenigstens in der Geburtshülfe. Seit *Semmelweiss* war die Ansicht Allgemeingut der Aerzte geworden, dass Reinlichkeit die allererste Bedingung für einen guten Wundverlauf bilde. Daraus folgte, dass man sich wenigstens ordentlich mit Seife und Nagelbürste reinigte, bevor man eine geburtshülfliche Exploration vornahm. Und wie haben sich, möchte ich fragen, viele Aerzte die neue Lehre *Lister*'s zurecht gelegt? Sie glauben sich von einer gründlichen Waschung dispensiren zu können, wenn sie nur in eine Schüssel Wasser ein paar Tropfen der so beliebten 5% Carbollösung schütten und in dieser homöopathischen Flüssigkeit die untersuchenden Finger ein paar Mal hin und her schwingen!

Wie muss, möchte ich fragen, eine so laxe Handhabung der Desinfection verderblich auf die Hebammen einwirken, welche vermöge ihrer gewöhnlich niedern Bildungsstufe das, worauf es hier ankommt, sehr oft nur mangelhaft oder gar nicht verstehen und die ganze Antiseptik nur als ein Kreuz ihres Berufes ansehen?

Man ist so sehr geneigt, alles Unheil, welches aus der Nichtbefolgung der so eindringlich gepredigten Maximen entsteht, den Hebammen zur Last zu legen, und das gewiss zum Theil mit Recht. Zum Theil sind aber auch gewiss viele Aerzte für die Nachlässigkeit der Hebammen verantwortlich zu machen, so dass im Grossen und Ganzen die Hebammen in Bezug auf die Handhabung der Antiseptik ein getreues Spiegelbild der Aerzte abgeben bezüglich ihrer Stellung zu *Lister*'s Lehren.

Wer kann es einer Hebamme verdenken, dass sie die ihr von Haus aus so unbequeme Listerei völlig über Bord wirft, wenn sie am Kreissbett zu beobachten Gelegenheit hat, dass der Arzt selbst nichts davon hält?

Um so mehr muss der Kliniker darauf hin wirken, dass sich der zukünftige Practiker hierin nie eine Blösse der Hebamme gegenüber gibt. Eine solche kann, wie aus dem Gesagten erhellt, von unberechenbaren Folgen sein.

Man gehe übrigens in seinen Anforderungen, welche man an den jungen Mediciner stellt, nicht zu weit. Es ist nach meiner Ansicht z. B. zu weit gegangen, wenn man, wie dies einzelne Kliniker thun, von den Practikanten in geburtshülflichen Anstalten verlangt, dass sie während ganzer Semester keine pathologische Anatomie treiben, sich an keinen Cursen an der Leiche betheiligen sollen.

An und für sich sind ja solch' drakonische Gesetze gewiss zweckmässig, aber man bedenke, dass sie später in der Praxis zu befolgen absolut unmöglich ist und dass man in Folge dessen Gefahr läuft, dass sich mancher Mediciner später immer mehr und mehr von den empfangenen Lehren in allzu grosser Ausdehnung emancipirt.

Der practische Arzt kann nicht ausschliesslich Geburtshelfer, er muss in demselben Maasse auch interner Mediciner und Chirurge sein und kann sich in der Praxis unmöglich von Autopsien, von der Behandlung schlecht beschaffener Wunden dispensiren.

Es würde mich zu weit führen, wollte ich an dieser Stelle noch alle andern Vortheile, welche sich für den Practiker aus dem geburtshülflichen Unterricht ergeben, hier weiter anführen. Aus dem Gesagten geht doch wohl zur Genüge hervor, dass die Geburtshülfe an Universitätskliniken nicht zu Gunsten der Gynäcologie vernachlässigt werden darf. Man schädigt mit einer solchen Vernachlässigung nicht nur den ärztlichen Stand, sondern auch das Publicum, welches sich den Aerzten anvertraut.

Der Einwand, dass sich das geburtshülfliche Material nicht in der Weise klinisch verwerthen lasse wie das gynäcologische, weil die Geburten meist nicht in die Zeit des gemeinsamen Unterrichts fallen, trifft nicht zu. Man scheue sich nur nicht, unter Umständen eine klinische Stunde mit dem Referat über einen interessanten geburtshülflichen Fall auszufüllen, dabei hauptsächlich die Indicationsstellung zu besprechen, welche zu einem eventuellen operativen Eingriffe geführt hat. Vorausgesetzt muss dabei natürlich werden, dass wenigstens ein Schüler den besprochenen Fall beobachtet hat.

Wenn man es sich zur Pflicht macht, alle Regelwidrigkeiten, welche sich im Verlaufe des Semesters in Klinik und Poliklinik ereignen, der ganzen Klinik jeweilen in kurzen Zügen vorzuführen, wird man ebenso viele und ebenso dankbare Zuhörer finden, als wenn man einen gynäcologischen Fall vorstellt, den doch auch nur ein oder höchstens ein paar Studirende zu untersuchen Gelegenheit haben.

Hochgeehrte Versammlung! Wer aus meinen Auseinandersetzungen den Schluss ziehen würde, dass ich die Gynäcologie in den Hintergrund drängen wolle, der würde mich arg missverstanden haben.

Der nicht gravide Sexualapparat ist so gut ein integrirender Bestandtheil des menschlichen Körpers, wie Lungen, Nieren u. s. w. Er ist deshalb ebenso gut, wenn er erkrankt ist, im Stande, das Befinden des Gesammtorganismus zu stören, wie eine Erkrankung der genannten Organe. Es ist in Folge dessen von dem Arzte zu verlangen, dass er Krankheiten des Sexualapparates ebenso gut diagnosticiren kann, wie Krankheiten anderer Körpertheile.

Wie verhängnissvoll eine mangelnde Uebung in gynäcologischer Diagnostik



werden kann und oft wird, das zeigt uns z. B. gerade der leider so häufige, von den Frauen mit Recht so gefürchtete Gebärmutterkrebs. Viele, viele Frauen könnten von dieser fürchterlichen Krankheit heut zu Tage durch frühzeitigen, relativ gefahrlosen, operativen Eingriff gerettet werden, wenn nur die Aerzte zu rechter Zeit die Krankheit erkennen würden. Nun macht man leider in Kliniken fast täglich die Erfahrung, dass Aerzte krebskranke Frauen oft Monate lang behandeln, ohne sich nur einmal die Mühe gegeben zu haben, eine genaue gynäcologische Untersuchung vorzunehmen. Zwingen dann endlich heftige Symptome zur Vornahme einer solchen, so lautet das Resultat gewöhnlich: „Zu spät!"

Man braucht übrigens nicht gerade ein so trauriges Beispiel herauszugreifen, um den Nutzen gynäcologischer Kenntnisse zu illustriren.

Wie manche Frau, deren Gesammtorganismus durch eine bestehende Lageveränderung des Uterus schwer geschädigt ist, kann von ihren Leiden dauernd befreit werden durch Reposition des dislocirten Organes und Fixation desselben in normaler Lage. Aehnliche Beispiele könnten noch Dutzende angeführt werden. Die erwähnten mögen genügen, um die Wichtigkeit der gynäcologischen Diagnostik darzuthun. Aber trotz alledem möchte ich doch der Geburtshülfe den ersten Platz im klinischen Unterrichte eingeräumt wissen, weil der practische Arzt in geburtshülflichen Fällen sehr häufig der Diagnostik unmittelbar therapeutische Maassnahmen folgen lassen muss, welche für zwei Individuen von Bedeutung sind, während er die Behandlung schwerer gynäcologischer Fälle füglich dem Fachmanne überlassen darf: hier ist ja fast niemals ein sofortiges Einschreiten so nothwendig wie in der Geburtshülfe.

Auch die sofortige und richtige Erkenntniss eines Frauenleidens hat abgesehen vielleicht von maligner Erkrankung nicht die Bedeutung wie die richtige Beurtheilung eines geburtshülflichen Falles. Wenn der practische Arzt eine Retroflexion, eine Metritis, eine Oophoritis u. s. w. nicht diagnosticirt, so kann er allerdings unter Umständen dadurch die betreffende Patientin schwer schädigen und sich, wenn die Situation von anderer Seite aufgeklärt wird, arg blosstellen. Den Tod bedeutet aber ein solcher Irrthum noch lange nicht, während die Verkennung einer Querlage des Kindes z. B., eines Hydrocephalus u. s. w. fast immer Uterusruptur und damit so ziemlich sicher den Exitus letalis herbeiführt.

Den gynäcologischen Unterricht stelle ich mir dann am erspriesslichsten vor, wenn man zwar, so weit es das Material gestattet, den Studirenden im Laufe eines Semesters Gelegenheit gibt, die hauptsächlichsten Frauenkrankheiten kennen zu lernen und das, was an der Lebenden zu beobachten ist, wo möglich mit Präparaten, macro- und microscopischen, mit Zeichnungen illustrirt, wenn man aber das Hauptgewicht nicht legt auf die Diagnostik von Raritäten, sondern derjenigen Affectionen, welche dem practischen Arzte täglich zu Gesicht kommen, die Lageveränderungen des Uterus, Catarrhe, Erosionen, Para- und Perimetritiden, Affectionen, welche er auch selbst zu behandeln verstehen soll.

Gynäcologische Operationen verlege man wegen ihrer allzu grossen specialistischen Richtung am besten nicht auf klinische Stunden, gebe aber doch dem Studenten Gelegenheit, dieselben mit anzusehen, damit sie eine ungefähre Vorstel-

lung von den Operationen acquiriren, welche sie in den Lehrbüchern beschrieben finden. Ausserdem wird doch wohl der zukünftige Arzt nicht selten dazu kommen, operativen Fällen in seiner Praxis zu begegnen und wird es dann wichtig sein, dass er sich über den Werth, die Gefährlichkeit eines operativen Eingriffes Rechenschaft zu geben vermag, wenn er auch in der grossen Mehrzahl der Fälle die Ausführung der Operation am besten dem Fachmanne überlassen wird.

Plastische Operationen erfordern eine längere und fortgesetzte Uebung, wenn sie auch dem Zuschauer noch so leicht und einfach erscheinen mögen. Viele andere, wie Laparotomien, haben nur dann eine Aussicht auf Erfolg, wenn dabei der ganze antiseptische Apparat spielt, was nur in Anstalten, nicht in Privatwohnungen der Fall sein kann.

Die Zeit drängt zum Schlusse. Ich hätte noch manches anzuführen, was beim geburtshülflich-gynäcologischen Unterricht immer und immer wieder hervorgehoben werden muss; namentlich hätte ich mich gerne noch weiter verbreitet über die Wichtigkeit des pathologisch-anatomischen Studiums, speciell für die operative Gynäcologie. Indess ist es mir vielleicht, wie ich hoffen darf, gelungen, durch das hier Vorgetragene den Standpunkt, den ich zu meinem Specialfach einnehme, genügend zu skizziren. Uebrigens ist dieser Standpunkt im Grossen und Ganzen auch der meiner hochverehrten Lehrer *Gusserow* und *Winckel* und ist es mir geradezu ein Herzensbedürfniss, denselben hier an öffentlicher Stelle meinen tiefgefühltesten Dank auszusprechen für das lebendige Interesse, das sie mir stets entgegengebracht, für ihr eifriges, unermüdliches Streben, ihren Schüler in der betretenen Bahn zu fördern.

Sollte es mir gelingen, die von meinen Lehrern ererbten Grundsätze möglichst treu und gewissenhaft zu befolgen und auch in den mir anvertrauten Schülern Lust und Liebe zur Befolgung derselben zu erwecken, so würde ich glücklich sein und später die Hauptaufgabe meines Lebens als gelöst betrachten.

Auf die gütige Vorsehung hoffe und vertraue ich, dass sie mir zu dem schweren, verantwortungsvollen Posten, der mir übertragen worden, Kraft und Muth verleihe, auf dass auch an mir das Bibelwort in Erfüllung gehe: „Die Kraft Gottes ist in dem Schwachen mächtig!“

Vereinsberichte.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

9. Wintersitzung den 10. März 1888.[1]

Präsident: Dr. *H. v. Wyss.* — Actuar: Dr. *W. Schulthess.*

I. Dr. *Hermann Müller.* **Mittheilungen und Demonstrationen.** Dr. *M.* demonstrirt

1) einen 23jährigen Mann mit hochgradiger Elephantiasis von beiden untern Extremitäten;

2) ein 6jähriges Mädchen mit ausgebreiteter Ichthyosis, bei dem die Hornbildung so hohe Grade zeigt, wie sie als Ichthyosis hystrix beschrieben wird.

3) Im Anschluss an die Discussion, welche in der letzten Sitzung der ärztlichen Ge-

[1]) Eingegangen den 3. October 1888. Red.

sellschaft bei Anlass der Demonstration eines mit Lähmung complicirten Falles von Morbus Basedowii (Dr. *A. Huber*) stattfand, referirt Dr. *M.* über eine Patientin mit Morbus Basedowii, die er vor wenigen Tagen wieder neuerdings in Behandlung bekam. Ein 33jähriges Fräulein, welches schon seit mehreren Jahren unter wechselndem Befinden an ausgesprochenen Erscheinungen der *Basedow*'schen Krankheit laborirt, bietet seit einer Reihe von Wochen eine auffallende Verfärbung, starke Pigmentirung der Haut, besonders des Gesichtes, so dass die Kranke seit längerer Zeit ihrer Umgebung auffiel. Auch die Körperhaut ist dunkler geworden und an den Unterschenkeln sind grosse Pigmentflecken aufgetreten, so dass man an die seltene Combination von Morbus Basedowii mit Morbus Addisonii erinnert wird, eine Combination, wie sie erst vor Kurzem von Dr. *Oppenheim* in Berlin (Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheit, December 1887) an einem Kranken demonstrirt wurde.

4) Der Vortragende referirt über zwei vor Kurzem zur Section gekommene sehr seltene Fälle von tödtlicher Magenblutung.

a) Ein Fall von Melaena neonatorum.

b) Magenblutung in Folge von Embolie der Magenarterien.

a) Knäblein N. N., von ganz gesunden Eltern stammend, wurde am 18. December 1887 nach vollständig normaler Schwangerschaft geboren. Der Geburtsverlauf war ein ganz normaler, die Abnabelung wurde von sehr kundiger Hand und durchaus nicht zu früh vorgenommen. Das Knäblein war vollständig ausgetragen und bot nicht die mindeste Störung. Am 19. December 1887 Vormittags zum ersten Mal Erbrechen von ungefähr zwei Esslöffel geronnenen Blutes. Abends 7 Uhr reichliche blutige Darmentleerung.

Am 20. December vier blutige, pechfarbene Stühle.

Trotzdem die Mutterbrust gereicht und tropfenweise Liq. ferri in etwas Zuckerwasser eingegeben wurde, konnte der Exitus nicht abgehalten werden. Am 21. noch fünf und am 22. vier Darmentleerungen von gewöhnlicher Quantität, aber ganz pechfarben und mehrmals mit hellem Blute gemengt.

Am 23. in der Frühe Exitus. Bei der Section, welche noch am gleichen Tage vorgenommen wurde, fand sich ausser der grossen Blutleere in Herz, Gefässen und sämmtlichen Organen nichts als eine Gruppe von punktförmigen Hämorrhagien hart am Pylorus und ausserdem an zwei Stellen des Dünndarms leichte Ecchymosirung. Die fœtalen Circulationswege normal.

Die genaue microscopische Untersuchung der Magenwand, Schnittpräparate durch die ecchymosirten Stellen ergaben völlige Normalität der Gefässstructur, so dass in diesem Falle die Ursache der Magen- und Darmblutung gänzlich dunkel bleibt.

b) Zu gleicher Zeit behandelte der Vortragende gemeinschaftlich mit Herrn Collega Dr. *Nüscheler* einen 57jährigen Mann mit Magenblutung, wo die Section als Ursache der Blutung das höchst seltene Resultat einer Embolie der Magenarterien ergab. Johann Baptist O., geboren 1830, war — laut Mittheilung des langjährigen Hausarztes Dr. *Nüscheler* — seit vielen Jahren nie krank. Habituelles anæmisches Aussehen mit gereizter hypochondrischer Stimmung wurden dem äusserst wechselvollen, an Kummer und Sorgen reichen Leben (4 Frauen, 9 Kinder, angestrengte Berufsthätigkeit) zugeschrieben. Nie hatte Dr. *N.* Ursache, ein Magengeschwür anzunehmen.

Am 14. December 1887 Eintritt in die Behandlung wegen Bronchitis sicca — am 17. Morgens ohne irgend welche bekannte Veranlassung Uebelkeit, Stuhldrang und dann massenhaftes Blutbrechen, so dass Patient neben dem Bette ohnmächtig zusammenstürzte. (Analeptica, Aetherinjection) — Mittags vor 12 Uhr und Nachts 10 Uhr zweite und dritte bedeutende Magenblutung, ca. $^2/_3$ eines Lavoirs (Ergotin- und Aetherinjection).

18. December Befinden etwas besser.

19. und 20. keine neue Blutung — aber hochgradige Anæmie und unerträgliche Kopf- und Leibschmerzen.

21. December Temperatur bisher eher subnormal, heute früh 38,6°. An diesem Tage sah der Vortragende mit Dr. *N.* den Patienten zum ersten Mal. Beide waren voll-

kommen darüber einig, dass es sich um ein bisher latent verlaufendes Ulcus ventriculi rotundum handle, welches die Veranlassung zur bedeutenden Magenblutung wurde, da Lebercirrhose in Folge von Syphilis oder Potation anamnestisch und objectiv mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden konnte und eine andere Möglichkeit überhaupt nicht zu bestehen schien.

Am 22. in horizontaler Lagerung Ohnmachtsanwandlung mit Bewusstlosigkeit — Verdacht auf neue innere Blutung. — Am 23. früh Exitus. Das Wesentliche aus den Resultaten der Section war:

In Magen und Dünndarm finden sich grosse Quantitäten geronnenen Blutes, die Schleimhaut der ganzen Pylorushälfte ist diffus dunkelblauroth, ecchymosirt, kein Tumor, keine Ulceration, Leber blass, sonst ganz normal.

In der linken Niere ein nur wenige Tage alter, wandständiger, kirschgrosser hämorrhagischer Infarct. Diese Embolie führt darauf, die Ursache der tödtlichen Magenblutung im Herzen zu suchen. Herz schlaff, Klappen normal, abgesehen von kleinen atheromatösen Einlagerungen. Dagegen finden sich in der Aorta zerstreute atheromatöse Geschwüre, von denen zwei in der Aorta ascendens mit Fibrinauflagerungen, die sich nicht wegspühlen lassen und nicht mehr frischen Datums sind, versehen sind. Diese Gerinnselbildungen sind unzweifelhaft die Quellen der Magen- und Nierenembolie.

5) Dr. *M.* demonstrirt Photographien des schon vor einem Jahre ausführlich besprochenen und von ihm als Oedema angio-neuroticum universale acutum bezeichneten Falles. Der Vortragende hat durch Aufnahme des Kranken in ein Privatkrankenhaus Gelegenheit gehabt, das äusserst seltene Krankheitsbild noch wesentlich genauer zu beobachten. Er hält an der frühern Auffassung einer Sympathicusneurose fest. Der Fall wird nun demnächst in extenso in diesem Blatte erscheinen, ebenso

6) der Vortrag über toxische Nebenwirkungen von Antipyrin.

Discussion: Dr. *Hanau* erwähnt eines Falles von Melæna mit Magenblutung, bei dem keine Geschwüre gefunden wurden, und eines Falles von Miliartuberculose, bei dem er Embolien, herrührend von Thromben der Lungenvenen gesehen hat, welche durch Verdauung des Pfropfs zur Blutung führten.

Dr. *H. v. Wyss* führt an, dass auch ihm die schmerzstillende Wirkung des Antipyrins in einem sehr schweren Fall von chronischem Rheumatismus gute Dienste geleistet habe. Was die unangenehmen Nebenwirkungen dieses Mittels betrifft, so lassen sie sich zwar noch nicht erklären, doch geht aus gewissen Analogien hervor, dass wir das Antipyrin der Gruppe derjenigen Körper zuzurechnen haben, die vorzugsweise das Zellprotoplasma direct chemisch angreifen, woraus dann die beobachteten Symptome abzuleiten sind und nicht aus einer primären Einwirkung auf gewisse nervöse Apparate. Einmal sind in einer jüngst unter der Leitung von *Gaule* publicirten Arbeit Veränderungen der Leberzellen durch den Einfluss des Antipyrins bekannt gemacht worden; sodann ist die Erzeugung eines Hautexanthems diesem Mittel gemein mit einer Reihe anderer, die z. Th. wenigstens zu den exquisiten Protoplasmagiften zählen, so namentlich Chinin, Arsen, gewisse Balsame und Nahrungssubstanzen, welche möglicherweise Ptomaine enthalten. Die Wirkung der Antipyretica auf die Körpertemperatur überhaupt dürfte übrigens ja wahrscheinlicher ebenfalls auf dem erwähnten Wege zu Stande kommen, als durch primäre Nebenwirkung.

Dr. *H. Müller* macht noch darauf aufmerksam, dass nach Thierexperimenten Antipyrin im Körper nicht zersetzt wird.

Dr. *W. Schulthess* erwähnt, dass der Patient mit Elephantiasis früher viel mehr das Bild des Oedems der Unterextremitäten geboten habe, dass die Haut vor vier Jahren noch nicht so verdickt gewesen sei, wie das heute zu constatiren ist.

II. Dr. *Hanau* hält einen Vortrag über die **eitrige Entzündung der Speicheldrüsen.** Unsere Kenntniss dieser Affection beruht auf *Virchow*'s vor 30 Jahren erschienener Arbeit, in welcher derselbe nachwies, dass der Process als Catarrh der Drüsengänge beginnt und auf die Läppchen secundär übergreift. Für die sogen. metastatische Form gibt *V.*

dennoch die Möglichkeit der Genese durch Ausscheidung eines deletären Stoffs aus dem Blute durch die Drüse zu. Die spätern Untersucher bestätigten diese Angaben im Allgemeinen, mit Ausnahme von *C. E. E. Hoffmann*, welcher die Parotitis bei Typhus als eine specifisch typhöse Affection und nur als Excess der gewöhnlichen Veränderungen der Drüsen bei dieser Krankheit darstellt, eine offenbar unrichtige Auffassung. *Orth* hat neuerdings auch für die scheinbar metastatische Parotitis ausdrücklich den Ursprung von den Ausführungscanälen betont.

Der Vortragende hat sich bei der Untersuchung von vier Parotitiden und eines Falls von doppelseitiger Submaxillaritis, welche nach verschiedenen Infectionskrankheiten auftraten, überzeugt, dass der Process von einer eitrigen Entzündung der grössern Speichelgänge ausgeht und dass in den in denselben stagnirenden Eitermassen grosse Haufen septischer Coccen vorhanden sind. Im weitern Verlauf erscheint der Eiter in den kleinern interacinösen Gängen stets auch coccenhaltig, jedoch in geringerm Grade; dann tritt dasselbe Bild an den intraacinosen Gängen auf.

Der Eiter schiebt sich also rückwärts gegen die Drüsenläppchen zu voran, im Anfang wenige Coccen enthaltend, die aber bald zu grossen Colonien auswachsen. Vom centralen intraacinösen Gang aus erfolgt die eitrige Schmelzung des Drüsenläppchens, beginnend mit dem Untergang der Wandung des Tubulus. Auch an den grössern Gängen tritt später dieselbe Necrose ein. Noch nach der Umwandlung eines Läppchens in einen Abscess liegen die betreffenden Coccenmassen in dem Abscessinhalt in der Gestalt des frühern Gangs angehäuft.

Folglich ist auch die „metastatische" Parotitis nicht als eine Ausscheidungskrankheit, sondern als eine septische Infection der Drüse von der Mundhöhle aus aufzufassen; sie gehört also in dieselbe Classe wie die Pyelonephritis (*Klebs*), der Furunkel (*Garrè*) u. a. dgl.

Für diese Erklärung sprechen noch:

1) der stets gleiche eitrige Charakter der Affection ohne Rücksicht auf die Grundkrankheit;

2) das Auftreten der eitrigen Speicheldrüsenentzündung ohne infectiöse Grundkrankheit;

3) die event. Einseitigkeit der Affection oder die ungleiche Entwickelung auf beiden Seiten im Falle der Doppelseitigkeit;

4) ihr Auftreten nach Erbrechen.

Für ihre Entstehung ist maassgebend die mangelhafte Reinigung des Mundes, wie sie schon durch wenig Essen und Trinken begünstigt wird, und namentlich die Aufhebung der Secretion im Fieber, welche das Eindringen der Organismen begünstigt.

Die Parotis erkrankt wohl deshalb häufiger als die Submaxillaris, weil die Mündungsstelle des Ductus Whartonianus vor Vertrocknung u. dgl. besser durch die Zunge geschützt ist und wohl namentlich, weil das schleimreiche Secret der letztern einen gewissen Schutz gewährt. Aehnliche Schutzwirkung des Schleims sehen wir auch an andern Oberflächen, die sonst leicht der Infection ausgesetzt wären. Im oben erwähnten Fall von doppelseitiger Submaxillaritis zeigte auch diese Drüse histologisch vollkommen das Aussehen einer serösen oder Eiweissdrüse (*Heidenhain*), also das der Parotis, während sie sonst beim Menschen eine sogenannte gemischte Drüse ist (Schleim- und Eiweissdrüse).

Der Vortragende demonstrirt sodann eine Anzahl einschlägiger macroscopischer und microscopischer Präparate, sowie Abbildungen.

Discussion: Dr. *Kaufmann* hat bei einer Patientin, bei der eine Herniotomie in 10 Tagen geheilt war, Parotitis auftreten sehen. Die Patientin starb. Im untern Stock desselben Hauses war ein Fall von epidem. Mumps vorgekommen. Die Patientin hatte nur vor der Operation gebrochen.

Er erinnert daran, dass Thrombose der Venen vor dem Ohr Parotitis vortäuschen kann. In Bezug auf die Entzündung der Submaxillardrüse ist bemerkenswerth, dass diese sich sehr leicht mit dem Carcinom verwechseln lässt.

Dr. *Fick* frägt, warum, wenn die Ansichten des Vortragenden richtig seien, nicht viel mehr Parotitiden zur Beobachtung kämen.

Dr. *Hanau:* Ich habe ausdrücklich die Aufhebung der Drüsensecretion als Bedingung für die Möglichkeit des Eindringens der Organismen hervorgehoben. Mit dem gleichen Recht könnte man fragen, warum nicht jeder Mensch spec. jedes Frauenzimmer an Cystitis oder gar Pyelonephritis erkranke. Selbst bei bestehender infectiöser Cystitis wird durch öftere künstliche Harnentleerung die ascendirende Infection verhütet.

III. Präsidium theilt mit, dass die Herren Dr. *Roth* und *Güttinger* in die Gesellschaft aufgenommen sind; ferner bringt es zur Kenntniss, dass der Vorstand beim Leichenbegängnisse des sel. Dr. *Baader* persönlich der Familie die herzliche Theilnahme unserer Gesellschaft ausgedrückt hat. Er fühlte sich dazu um so mehr verpflichtet, als *Baader* sich auch um unsere Gesellschaft in verschiedener Beziehung grosse Verdienste erworben hat.

Referate und Kritiken.

Real-Encyclopädie der gesammten Pharmacie.

Handwörterbuch für Apotheker, Aerzte und Medicinalbeamte. Herausgegeben von Dr. *E. Geissler* und Dr. *J. Mœller*. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1887/88. gr. 8°. Band II, III und IV (zu je 45 Bogen).

Dieses Werk, dessen erster Band s. Z. bereits in diesen Blättern angezeigt und zur Berücksichtigung auch in medicinischen Kreisen empfohlen wurde, hat seither seinen regelmässigen Fortgang genommen und ist gegenwärtig bei den ersten Lieferungen des V. Bandes angelangt. Eine nähere Durchsicht der Bände II—IV leistet in erfreulicher Weise den Beweis, dass dieses Handwörterbuch in der That nach allen Richtungen dasjenige bieten wird, was bei dessen Ankündigung versprochen worden ist. In einsichtiger Weise wird nicht allein den eigentlichen pharmaceutischen Disciplinen, sondern auch zahlreichen andern zur Pharmacie in engerer oder weiterer Beziehung stehenden Gegenständen je nach dem Grade ihrer theoretischen oder practischen Wichtigkeit der nöthige Raum zugewiesen. Selbstverständlich werden die drei Gebiete der pharmaceutischen Chemie, der pharmaceutischen Technik und der Pharmacognosie oder pharmaceutischen Waarenkunde mit besonderer Sorgfalt behandelt. Bei den pharmaceutisch-chemischen Präparaten finden wir neben den Angaben über die physicalischen und chemischen Eigenschaften jeweilen eine Besprechung der Darstellungsmethoden, besonders derjenigen, welche für das pharmaceutische Laboratorium in Frage kommen, sowie eine sachkundige Erklärung der Prüfungsmethoden. Die Artikel über pharmaceutische und chemische Technik, wie auch über physicalische Gegenstände, die der Pharmacie nahe stehen, sind zumeist von tadellos ausgeführten Holzschnitten begleitet. Letztere dienen auch in keineswegs spärlichem Maasse zur Illustration botanischer und pharmacognostischer Artikel, unter denen namentlich eine Anzahl trefflicher monographischer Bearbeitungen von *A. Tschirch* hervorzuheben ist. Der pharmacognostische Theil des Werkes zeichnet sich durch einen hohen Grad von Vollständigkeit aus, insofern alle Pflanzen und Pflanzenstoffe, welche über den Rahmen der europäischen Pharmacopœen hinaus, in älterer und neuester Zeit nach irgend einer Richtung pharmaceutisches und medicinisches Interesse wachgerufen haben, ihre Stelle gefunden haben. Aus diesem Grunde ist diese Encyclopädie vor Allem auch den practischen Aerzten als nützliches Nachschlagewerk anzurathen, zumal die Namen der zahlreichen Mitarbeiter für Zuverlässigkeit des Inhaltes volle Gewähr bieten.

Da in dieser Recension nicht des Nähern auf den Text der 3 Bände eingetreten werden kann, so begnügen wir uns, als Beleg für Charakter und Umfang des Werkes einige in Band II—IV aufgenommene grössere Artikel namhaft zu machen. So enthält Band II u. A. die Artikel „Bacterien" von *Weichselbaum*-Wien, „Bacteriencultur und Bacterienfärbung" von *Becker*-Gohlis, „Bier" von *Elsner*-Schönefeld, „Blüthe" und „Blüthenstand" von *Sydow*-Wilmersdorf, „Blut" von *J. Mauthner*-Wien, „Cacao" von *J. Mœller*-Innsbruck, „Cadaver-Alcaloide" von *Beckurts*-Braunschweig, „Cellulose" von *Tschirch*-Berlin,

„China-Alcaloide“ von *Vulpius*-Heidelberg. In Band III finden wir „Chinarinden“ und „Cinchona“ von *A. Tschirch*-Berlin, „Conservirung“ von *Proskauer*-Berlin, „Düngemittel“ von *Förster*, „Eisen“ von *H. Beckurts*-Braunschweig, und in Band IV „Empfindlichkeit der Reactionen“ von *A. Schneider*-Dresden, „Explosivstoffe“ von *Ehrenberg*-Tütingen, „Extracta“ von *B. Hirsch*-Berlin, „Fette“ von *R. Benedikt*-Wien, „Gallæ“ von *Hartwich*-Tangermünde, „Galvanoplastik“ von *B. Fischer*-Berlin, „Geheimmittel“ von *Th. Husemann*-Göttingen, „Glycose“ von *Læbisch*-Innsbruck, „Gold“ und „Goldsalze“ von *Pauly*-Harzburg, nebst zahlreichen ähnlich werthvollen Abhandlungen, welche anzuführen hier der Raum verbietet.

Wir zweifeln nicht daran, dass auch die noch ausstehende zweite Hälfte des Werkes sich ebenbürtig an die Seite der bisherigen Lieferungen stellen wird und lenken deshalb gerne die Aufmerksamkeit ärztlicher Kreise auf dieses auch typographisch tadellos ausgestattete Nachschlagewerk. *Ed. Schär*, Zürich.

Die Geschichte der Tuberkulose.

Von Dr. med. *Aug. Predöhl*, Assistenzarzt am allgem. Krankenhause zu Hamburg. Hamburg und Leipzig, Verlag von Leopold Voss, 1888.

Nachdem die Lehre von der Tuberkulose durch die Entdeckungen *Koch*'s und *Baumgarten*'s die bekannte völlige Umgestaltung erfahren hat, ist es ebenso belehrend wie interessant, einen Blick in die Vergangenheit zurück zu werfen und sich daran zu erinnern, welche Mühe und Ausdauer, welch' ein Aufwand von Fleiss und Scharfsinn es gekostet hat, sich zu den heute geltenden Anschauungen in der Phthisisfrage durchzuarbeiten. Am interessantesten ist solch' ein Rückblick wohl für diejenigen, welche selbst einen grössern Teil des Wettstreites der Forscher miterlebt und die Wandlungen der bezüglichen Ansichten miterlitten haben.

Predöhl teilt seine Arbeit in drei Hauptabschnitte. Im ersten wird die vor-*Villemain*sche Zeit besprochen; der zweite behandelt die hauptsächlich mit *Villemain* beginnende Periode der experimentellen Forschung und die neuern histologischen Arbeiten; der dritte Abschnitt endlich gilt dem Tuberkelbacillus und der durch dessen Entdeckung herbeigeführten Umwälzung in der Tuberkulosenlehre.

Verfasser hat sich redlich bemüht, möglichst objektiv zu verfahren und die Arbeiten der langen Reihe von Forschern unparteiisch anzuführen und auszüglich wiederzugeben. Indessen kann ihm doch der Vorwurf nicht erspart bleiben, die neuern, für Hygiene und Prophylaxis so wichtigen bezüglichen Arbeiten der Statistiker fast gar nicht berücksichtigt zu haben, und doch enthalten dieselben schätzbare Fingerzeige für die Erforschung der Grundbedingungen — der „Dispositionen“ —, unter welchen sich die Lungenschwindsucht als Volksseuche entwickelt und ausbreitet. Der Bacillus für sich allein macht ja bekanntlich noch keine Lungenschwindsucht, sonst wäre bei dessen Ubiquität nicht zu begreifen, weshalb wir nicht alle, samt und sonders, phthisisch werden sollten.

Dem anziehend geschriebenen Buche (502 Seiten), das vermöge seiner ausführlichen Inhaltsverzeichnisse ganz gut auch als bequemes Nachschlagewerk dienen kann, wünsche ich recht viele Leser und Käufer; möge der Verfasser bald in den Fall kommen, die eben gemachte Ausstellung in einer 2. Auflage berücksichtigen zu können.

Schnyder.

Die reizbare Blase oder idiopathische Blasenreizung (nervous bladder).

Ihre Ursachen, Diagnose und Behandlung. Eine Studie aus der Praxis von Dr. *A. Peyer*. Stuttgart, Enke, 1888. 81 S.

In einer abgerundeten klinischen Studie bespricht Verf. Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie der sogenannten idiopathischen Blasenreizung. An Hand von meist selbst aufgenommenen Krankengeschichten wird die Klinik der nervous bladder getrennt für weibliche (11 Fälle) und männliche Kranke (23 Fälle) besprochen und dabei in eingehender Weise die einschlägige Literatur berücksichtigt.

Verf. kommt im Grossen und Ganzen zum Schluss, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle der sog. idiopathischen Blasenreizung doch ein anatomisches Substrat — meist Reizung des Blasenhalses aus verschiedenen ursächlichen Momenten — zu Grunde liegt und dass eine rationelle Therapie nach festgestellter Diagnose noch in langjährigen und

scheinbar verzweifelten Fällen Heilung bringen kann. Da besonders auch die microscopisch und klinisch diagnostischen Untersuchungsmethoden, die hier in Betracht kommen, sowie die Therapie eingehend besprochen werden, so sei diese für den Practiker höchst beachtenswerthe neue Arbeit aus der fleissigen Feder des bekannten Verfassers zum Studium bestens empfohlen. *Rütimeyer.*

Nervosität und Erziehung.

Von Dr. *C. Pelmann*, Director der Provincial-Irrenanstalt zu Grafenberg b. Düsseldorf. Bonn, Emil Strauss, 1888. 41 S.

Eine wahre Bergpredigt für Aerzte, Eltern und Erzieher — voll bitterer Wahrheiten. Die Vermehrung der Nerven- und Geisteskrankheiten geht Hand in Hand mit der Erhöhung der Cultur. „Wo ist in Arbeit und Genuss das richtige Verhältniss, der gleichmässig ruhige Gang wie früher; wo ist das einfache, beschauliche Leben geblieben, die reizlose Hausmannskost und die harmlosen Vergnügungen im Kreise der Familie?" Verf. protestirt — wie dies jeder Arzt thun muss — gegen die moderne Erziehung, äussert schwere Bedenken gegen die Frauenemancipation in ihren absurden Formen, verurtheilt manche Unsitte, die gedankenlos in der Kindererziehung gepflegt wird und versucht schliesslich Mittel anzugeben, um den Schädlichkeiten der modernen Civilisation entgegenzutreten. Die Schrift ist sehr lesenswerth, bleibt aber leider — wie alles Derartige, noch so Wahre und Gutgemeinte, „in den Wind gesprochen". *E. Haffter.*

Grundriss der Arzneimittellehre.

Von *O. Schmiedeberg.* 2. Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1888.

Im Rahmen von 309 Seiten die viel behandelte und erweiterte Arzneimittellehre in den Grundzügen darzubieten, ist jedenfalls eine schwierige Aufgabe, die hier dem medicinischen Leserkreise, Studirenden und ausgebildeten Aerzten, gelöst vorgelegt wird. Und zwar beschränkt sich der Inhalt nicht mehr wie in der ersten Auflage nur auf Berücksichtigung der Mittel der deutschen Pharmacopöe, sondern er ist durch Herbeiziehung der bewährten neuern Mittel erweitert. Dass die Annahme von *Buchheim*'s natürlicher Gruppirung, innerhalb welch' letzterer weiterhin auf Grund der chemischen Charaktere der Substanzen fortgebaut wird, nicht nur zum Ordnen, sondern auch zum Kürzen das Ihre beiträgt, liegt auf der Hand.

Der Autor schöpft aus den ersten Quellen, denn vieles entstammt dem eigenen Experimente. In knapper, aber durchaus nicht langweiliger Fassung und in klarer Darstellung bringt er uns die Fülle der pharmacologischen Thatsachen zur Kenntniss, vermeidet aber therapeutische Excurse; diese überlässt er der klinischen Medicin und beschränkt sich fast ausschliesslich auf das Feststehende und die Mittel, denen eine rationelle Basis zu Grunde gelegt werden kann. *D. Bernoulli.*

Cantonale Correspondenzen.

Aargau. Ein Beitrag zum schweiz. Militär-Sanitätswesen. Herr Oberstlieut. Gutzwiller, Infanterie-Instructor I. Classe, welcher gewiss vielen Militärärzten aus den Operationscursen als ausgezeichneter Lehrer bekannt ist, gibt uns in der „Nationalzeitung" vom 30. August einige wohlmeinende Winke, welchen jeder schweiz. Sanitätsofficier vollständig beipflichten muss. Er schreibt:

Je mehr wir uns dem Ideale, ein Volk in Waffen im vollsten Sinne des Wortes zu sein, nähern, welchem Ziele uns die Landsturmorganisation um einen gewaltigen Schritt näher gebracht hat, desto nothwendiger wird auch eine gute Organisation des Sanitätsdienstes schon im Frieden. Denn namentlich den vielen Familienvätern, welche Weib und Kind verlassen, um dem Rufe des Vaterlandes in der Stunde der Gefahr zu folgen, soll eine Garantie geboten werden, dass sie auf dem Schlachtfelde nicht hülflos und verlassen als Verwundete liegen gelassen werden, sondern dass, wo Rettung oder doch Linderung der Schmerzen möglich ist, ihnen die nöthige sanitarische Hülfe nicht fehle.

Wir haben nun in unserer Armee ein Sanitätsofficierscorps, das, was technisches Wissen und technische Fertigkeit anbelangt, getrost an die Seite desjenigen von anderen Heeren gestellt werden darf. Schlimm dagegen steht es mit dessen specieller militärischer Ausbildung, was um so bedenklichere Folgen haben kann, als bei uns die Sanität bezüglich Disposition über das Sanitätsmaterial und Personal, Auswahl von Verbandplätzen etc. vollständig Herr und Meister ist, während z. B. in Deutschland die Truppencommandanten alle Befehle an die Sanität, welche tactischer und nicht technischer Natur sind, selbst erlassen. Wir dürfen nun wohl unsern Sanitätsofficieren etwas mehr Selbstständigkeit gewähren, namentlich da unseren höhern Truppenführern die Routine in der Befehlsgebung abgeht und die Sanität oft, wie es auch andern Truppen ergeht, ganz ohne Befehle bleiben würde. Dann ist es aber eine dringende Anforderung, dass unsere höheren Sanitätsofficiere die nöthige tactische Ausbildung erhalten, damit sie Verständniss für die Befehle der Truppencommandanten haben und der Situation entsprechend das Personal und Material der Sanität an den richtigen Punkt dirigiren, dass sie dasselbe rechtzeitig wieder mobil machen können, damit vorrückende oder zurückgehende Truppen nicht vollständig der Wohlthat der Sanität entbehren müssen. Der beste Operateur nützt im Felde nichts, wenn er nicht am richtigen Platze ist; er nützt am richtigen Platze nichts, wenn ihm nicht das nöthige Hülfsmaterial und Personal zur Verfügung steht. Das richtige tactische Verständniss, eine präcise kurze Befehlsgebung wird sich aber der Sanitätsofficier am Operationstisch nicht aneignen können.

Es sollten in erster Linie die Sanitätsofficiere, vom Regimentsarzt aufwärts, in eine Centralschule einberufen werden, wo sie einen, nach unsern Begriffen wenigstens, gründlichen Unterricht in der Tactik erhalten. Doch da jenen Cursen das allerwichtigste Element zur rationellen tactischen Ausbildung mangelt, nämlich die Truppen, so sollten alle Uebungen in Wiederholungscursen benutzt werden, die Sanitätsofficiere tactisch auszubilden; es sollte keine Felddienstübung eines grösseren Truppenkörpers abgehalten werden, ohne dass die Sanitätsofficiere, vielleicht unter der Aufsicht eines sich dazu eignenden höhern Instructors, den Sanitätsdienst einzurichten hätten. Es ist dies auch eine Aufgabe für unsere Generalstabsofficiere; doch seit diese mit Armeecorps und Armeen nur so um sich schmeissen, bemerken sie so eine winzige Ambulance gar nicht mehr!

Leider gibt es auch Truppencommandanten, welche die Sanität, sogar auch die Genietruppen als langweiliges Hinderniss betrachten, welche den Sanitätsofficier nur gern in der Nähe sehen, wenn er die Rolle als „Oberkoch“ im weitesten Sinne des Wortes übernommen hat, welche aber jeder Verbindung des Sanitätsdienstes mit den Truppenübungen abhold sind. Es betrifft dies Commandanten, welche wohl am allernothwendigsten sich im Frieden vorzubereiten hätten, wie sie die Truppen, die sie ja im Kriege kaum entbehren wollen, zu verwenden haben.

Also lasse man entweder auch bei uns die wichtigeren Befehle an die Sanität, welche ein Verständniss der tactischen Lage erfordern, von den Truppenführern ausgehen oder man bilde unsere Sanitätsofficiere militärisch so aus, dass sie im Felde ihren reichen Schatz an Wissen und Können als Aerzte zum Heil unserer Armee am richtigen Orte verwerthen können. *S.*

Nachsatz der Redaction: Der Artikel des Herrn Oberstlieutenant Gutzwiller enthält ausserordentlich viel Wahres und Beherzigenswerthes und es ist sehr zu begrüssen, dass ein einsichtiger Officier einer andern Waffe und militärischer Fachmann diese Verhältnisse zur Sprache bringt. Indess wird die Ansicht, welche der Verfasser von der Stellung der Sanitätsofficiere hat, durch unsere reglementarischen Bestimmungen einigermaassen modificirt.

§ 27, 1 des Reglements über den Sanitätsdienst bei der schweiz. Armee sagt:

Sämmtliche dirigirende Aerzte stehen in militärischer Beziehung unter dem Befehl der Commandostelle, welcher sie zugetheilt sind und sind ihr sowohl als ihrem Sanitätsobern speciell verantwortlich für die richtige Anordnung und gleichmässige Ausführung des Sanitätsdienstes. Zu ihren wichtigsten Aufgaben gehört die Beantragung solcher hygieinischer Maassregeln, welche unbedingt einer einheitlichen Anordnung bedürfen.

und § 27, 4. Der Commandant wird den dirigirenden Arzt, soweit es die Umstände gestatten, über die Anordnungen und Dislocationen, namentlich auch bei bevorstehenden Gefechten, rechtzeitig und ausreichend unterrichten. Der dirigirende Arzt hat das Recht

und die Pflicht, von sich aus die ihm nöthigen Aufschlüsse einzuholen und da, wo dieselben der Umstände wegen nicht mehr eingeholt werden können, innerhalb des Rahmens der für ihn maassgebenden Vorschriften und Befehle aus eigener Initiative zu handeln. Ueber derartige Dispositionen hat er jedoch dem Commandirenden sofort Meldung zu machen.

und § 27, 5. Nach den erhaltenen Mittheilungen und entsprechend den Absichten des Commandirenden arbeitet er, wo irgend die Zeit es gestattet, seine Dispositionen für den Sanitätsdienst schriftlich aus und unterbreitet dieselben dem Commandirenden oder dessen Stabschef, deren Genehmigung unbedingt erforderlich ist."

Die Selbstständigkeit des dirigirenden Arztes gilt also nur innerhalb des Rahmens der vom Commando getroffenen Anordnungen; er hat allerdings die Befehle an die Sanitätsstellen auszuarbeiten, weil man voraussetzt, dass er dieses sachlich richtiger thun kann, als ein Generalstabsofficier oder Adjutant; die Genehmigung des Commandirenden für diese seine Befehle ist aber unbedingt erforderlich. Um so gerechtfertigter ist aber der Wunsch des Herrn Oberstlieutenant Gutzwiller, dass unsere Generalstabsofficiere sich mehr für den Sanitätsdienst interessiren möchten!

Da in den Centralschulen eine Menge Zeit an Lehrstoff verwendet wird, welchen der Sanitätsofficier in dieser Ausdehnung nicht zu beherrschen braucht, so sind eigene Curse für die Sanitätsofficiere entschieden zweckmässiger und mit Rücksicht auf die tactische Ausbildung werden die Operationswiederholungscurse je länger je mehr zu Hauptmannsschulen. Auch haben im vergangenen und in diesem Jahre Curse für Sanitätsstabsofficiere, vom Major an aufwärts, in Basel stattgefunden.

Appenzell A.-Rh. Es dürfte vielleicht den einen oder andern der Leser des „Corr.-Bl." interessiren, aus einem eben erschienenen offenen Briefe des Dr. *Henry J. Bowditch* in Boston, früheren langjährigen Präsidenten des Staatsgesundheitsamtes von Massachusetts, zu vernehmen, wie die gegenwärtig bei uns ventilirte Frage der einheitlichen Organisation des Sanitätswesens auch drüben in der grossen Schwesterrepublik ihre Wellen wirft. Aus dem warmen Appell des patriotischen Hygieinikers an seine Mitbürger ist wenigstens zu ersehen, wie auch dort dieses dringliche Postulat der Zeit nur unter mannigfachem Ach und Krach zur Geltung kommt, nicht blos wegen der Indolenz eines sich überall breit machenden Knownothingthums, sondern oft mehr noch um der divergirenden Parteischemen willen. Nirgends weniger jedoch als auf dem Gebiet der practischen Hygieine wird die Macht der wissenschaftlich festgestellten Thatsachen ungestraft vernachlässigt, und so hören wir denn *Bowditch*, anlässlich des erneuten epidemischen Auftretens des gelben Fiebers im Süden der Union, sich folgendermaassen aussprechen:

Als vor mehreren Jahren die Stadt Memphis von einer furchtbaren Gelbfieberepidemie heimgesucht war, welche sich auf die nächstgelegenen Staaten, wenn nicht das ganze Land auszubreiten drohte, wurde ein nationales Gesundheitsamt, mit weitgehenden Befugnissen und hinlänglichem Kredit auf die Schatzkammer ausgerüstet, ernannt. Diese Behörde setzte sich energisch an's Werk; ja sie übte während einiger Zeit die oberste Gewalt in der befallenen Stadt aus, und durch geeignete sanitarische Vorkehrungen gelang es ihr, die Krankheit auf dem Fleck auszutilgen, wo sie sich zuerst in ihrer ganzen epidemischen Virulenz gezeigt hatte. Nachdem dies geschehen, lehrte Dr. *J. S. Billings*, der thatkräftige Commissär der Behörde, die Bevölkerung von Memphis, sich von dem Schmutze zu reinigen, worin sie zuvor gelebt hatte, der Gefahr unbewusst, welche aus gesundheitswidrigen Bedingungen, wo immer sie zutreffen, entspringt.

Solche Leistungen waren nur möglich dadurch, dass das Gesundheitsamt das Vertrauen der Nation im grossen Ganzen genoss und über die vom Congress bewilligten Fonds frei verfügen konnte. Um so schwerer ist es zu beklagen, dass in Folge der sich geltend machenden Einflüsse der Parteipolitik seither jenes harmonische Zusammenwirken zwischen Sanitätsbehörde und Congress und Präsident wieder verloren ging. Der Administration seiner Fonds enthoben, welche an dessen Stelle dem Marinehospitalcorps der Vereinigten Staaten übertragen wurde, musste das nationale Gesundheitsamt, als es sein grosses Werk am Mississippi gethan, auf eine weitere segensreiche Wirksamkeit verzichten, und ist seither verschollen geblieben. Seine Mitglieder konnte man nicht der

Ehre berauben, denn sie waren ehrenhafte und fähige Männer, aber sie wurden thatsächlich beseitigt und alle Befugnisse einer Körperschaft übertragen, deren Angehörige grösstentheils als Sanitarier unbekannt waren. Man ging von der höchst irrigen Voraussetzung aus, dass jene Männer, die Aerzte aller Marinespitäler des Landes, eine geeignete Körperschaft seien, um mit irgend einem epidemischen Ausbruch fertig zu werden; denn wie wäre es möglich, dass ein in so vielen vereinzelten Punkten über unser ungeheures Territorium verzetteltes Corps, und noch dazu ohne specielle sanitarische Erfahrung und Ziele, es an Leistungsfähigkeit mit einer Gruppe von Fachmännern der practischen Hygieine aufnehmen könnte, welche sich zu einem Conclave in Washington versammeln, ihr Auge immer auf solche Vorkommnisse gerichtet, und bereit, sofort Hand anzulegen? Was dann den solcherweise vorgenommenen Wechsel, zum Schaden des ganzen Landes, noch greller in's Licht stellte, war die verlautbarte Erklärung des Chefs des Marinehospitaldienstes, wonach er von den in Frage kommenden Krankheitsvorfällen keine Notiz zu nehmen gesonnen sei, so lange ihm nicht Seitens der Executive des betreffenden Staates officiell mitgetheilt würde, dass es sich um ein epidemisches Auftreten handle, und somit nationale Abhülfe geboten sei. Denn erst auf eine derartige Requisition abstellen, hiess unabänderlich zu spät kommen, um wirklich etwas auszurichten.

Eine nationale Sanitätsbehörde wird oder vielmehr sollte zu dem Zweck eingesetzt werden, um das kleinste Anzeichen einer Epidemie, wenn möglich, zu verhüten. Sie würde dies durch summarische Isolirungsvorschriften, Desinfection der Localitäten, und andere geeignete Massenahmen zu Wege bringen. Was ist nun aber in Bezug auf die Gelbfieberepidemie zu Jacksonville geschehen? Man hat ihr augenscheinlich gestattet, sich auszubreiten, oder wenigstens hat sie sich über den Bereich möglicher Controle hinaus verbreitet. Der neuliche plötzliche und traurige Todesfall des Prof. *Proctor* in New-York bietet uns hiefür eine düstere Warnung. Niemand kann ermessen, wo die Krankheit sich weiterhin zeigen dürfte, da Flüchtlinge aus Florida in verschiedenen Theilen des Landes sich aufhalten mögen.

Unter solchen Umständen wird es Jedermanns Pflicht, den Congress aufzufordern, dass er das nationale Gesundheitsamt wieder einsetze, oder uns wenigstens irgendwelche nationale Sanitätsbehörde gebe, deren einzige Aufgabe in der Ueberwachung der Volksgesundheit und der unverzüglichen und unerbittlichen Austilgung jedes Funkens epidemischer Erkrankung besteht, so dass keine Epidemieen mehr unaufgehalten weiter schreiten können. Lasst uns diesfalls für die gesammte Nation auf ein ähnliches Erlebniss hoffen, wie es sich bei unserm Staatsgesundheitsamt in Massachusetts zugetragen, welches, nachdem es unter dem Einfluss politischer Parteiung in hoffnungslosen Torpor und fast gänzliche Vernachlässigung sanitarischer Aufgaben gesunken war, jetzt nach seiner Regenerirung viel höher steht und mehr Macht zum Guten über unsern Staat besitzt als je zuvor. Zu diesem Zweck wollen wir Alle zusammenhalten, und jeder Bürger sehe dazu, dass an dessen Repräsentanten und Senatoren im Congress in dieser wichtigen Angelegenheit Berufung eingelegt werde!"

Mögen die Hoffnungen des Veteranen Dr. *Bowditch* diesmal in Erfüllung gehen, und damit einst auch unserer heimischen Republik ein neuer Ansporn, den Weg gründlicher sanitarischer Reform zu betreten, gegeben werden!

Gais, 13. October 1888. Dr. *Kürsteiner*.

Waadt. Ein Fall von Schlangenbiss. Bezugnehmend auf die Arbeit von Dr. *Kaufmann* über den Schlangenbiss (Nr. 19 des Corr.-Bl.) kann ich mittheilen, dass mir im Monat April d. J. ein Fall von Schlangenbiss zur Behandlung vorgekommen ist.

Ich wurde eines Tages in die benachbarte Apotheke gerufen, wo sich ein ca. 12-jähriger Knabe befand, der soeben, beim Arbeiten im Weinberge, von einer giftigen Schlange am rechten Zeigefinger gebissen worden war. Der Knabe sah sehr blass aus, erbrach fortwährend, hatte schwachen Puls, kalten Schweiss und Neigung zu Ohnmachten. Der verletzte Finger zeigte an der Spitze zwei unter der Lupe sichtbare dunkle Punkte, herrührend von Schlangenzähnen; die ganze Hand wie auch der Unterarm schwollen sehr rasch an und wurden schmerzhaft. Ich machte dem kleinen Patienten an verschiedenen Stellen der geschwollenen Extremität wie auch in die Bisswunde selbst mehrere subcutane Injectionen von 3% Carbolsäurelösung, wickelte das kranke Glied in Carbolwatte und legte darüber einen leichten Compressivverband an. Innerlich bekam

Patient einige Tropfen Liq. ammon. acet. in Wasser. Nachher ging er mit seinem Vater nach Hause und ich hatte nicht wieder die Gelegenheit, ihn zu sehen. Ich vermuthete dann, dass er in hiesiges Spital gegangen sei. Da aber der Fall mich ausserordentlich interessirte, suchte ich nach einiger Zeit den Vater des Kranken auf und erfuhr zu meinem Erstaunen, dass der Knabe bereits am dritten Tage nach dem Biss vollkommen gesund und arbeitsfähig gewesen sei. Ueberrascht durch das Resultat der Behandlung, fragte ich mich, ob Carbol als Antidotum gegen das Schlangengift so prächtig gewirkt habe oder ob am Ende die Schlange gar nicht giftig gewesen sei. Ich musste jedoch das Erste annehmen, da das Corpus delicti als 55 cm. lange Vipera berus vom Vater des Patienten todtgeschlagen und in die Apotheke gebracht worden war.

Clarens-Montreux. Dr. *Miniat.*

Wochenbericht.

Schweiz.

— Das schweiz. Departement des Innern hat im Laufe des letzten Sommers Herrn Prof. *Ed. Schär* eingeladen, „ein vom Standpunkte der wissenschaftlichen Pharmacie ausgehendes Gutachten über Umfang und Charakter einer **schweizer. Landes-Pharmacopœ** sowie über den Modus procedendi für die Erstellung eines solchen Werkes einzureichen". Dieses Gutachten liegt nun vor uns und bespricht eingehend Charakter und Umfang, sowie die Art der Anhandnahme und Ausarbeitung der eidg. Pharmacopœ. Sie würde an Umfang die jetzige Pharm. helvet. II übertreffen müssen, besonders durch die fast unerlässliche Beigabe einer Anzahl von Tabellen (Maximaldosen, Antidote, überhaupt sanitätspolizeiliche Specialvorschriften in tabellarischer Form, physicalisch-chemische Hülfstabellen etc.), aber immerhin als ein noch compendiöses, leicht zu handhabendes, einbändiges Buch erscheinen. Für die Vorarbeiten (literarische und experimentelle) beansprucht der Herr Berichterstatter 2—3 Jahre.

Der Wunsch nach lateinischer Redaction des Textes ist bei der Vielsprachigkeit unseres Landes sehr zu unterstützen. — Dagegen eröffnet die vom schweiz. Apothekerverein vorgeschlagene 21köpfige Pharmacopœ-Commission (6 pract. Aerzte, 6 pract. Apotheker, 2 Lehrer der Pharmacologie, 5 Lehrer der Pharmacie, 1 Chemiker von Fach und 1 Veterinär) eine Perspective auf endlose Discussionen und Verschleppungen.

Wir Aerzte können es nur begrüssen und müssen Herrn Prof. *Schär* und dem eidg. Apothekerverein Dank wissen, wenn die schweiz. Landespharmacopœ baldigst zu Stande kommt; wir hinken in dieser Angelegenheit immerhin noch Jahrzehnte hinter andern Culturstaaten nach.

— Die **36. Versammlung des ärztl. Centralvereins** am 27. October in Olten war von über 200 Collegen besucht und nahm einen sehr animirten Verlauf.

— Das Andenken *Burckhardt-Merian*'s wurde am Otologencongress in Brüssel in ergreifender Weise geehrt. Namentlich gedachte des Geschiedenen Prof. Dr. *Delstanche* mit bewegten Worten und betonte seine hervorragende Stellung in der Wissenschaft. Durch ein tiefgefühltes Beileidstelegramm an die Familie *Burckhardt-His* that der Congress sein treues Gedenken und seine tiefe Trauer um den Heimgegangenen kund. Dieser ehrenvolle Act der Pietät wurde auf's wärmste telegraphisch erwidert.

— **Société médicale de la Suisse romande.** Die Jahresversammlung hat bei Betheiligung von ca. 80 Mitgliedern am 12. October unter dem Präsidium von Dr. *Nicolas* stattgefunden. Der Vorschlag der Section Freiburg, einen ständigen Ausschuss zu wählen (wie wir ihn im Centralverein seit 1874 haben), wurde abschlägig beschieden und Freiburg für 1889 als Vorort gewählt.

— Am grossen internationalen Wettbewerb der Wissenschaften und Industrie in Brüssel haben Herr Dr. Schenk in Bern für seine neuen Schulbänke und Herr Walter-Biondetti in Basel für seine von ihm fabricirten und vervollkommneten Instrumente und chirurgischen Apparate die goldene Medaille erhalten.



— Im 3. Quartal 1888 haben, nach erfolgreich bestandenem medicin. Fachexamen, das eidg. Diplom als Aerzte erhalten:

Bern. *Carl Müller*, Goldach (St. Gallen); *Fernand Krayenbühl*, St. Saphorin (Vaud); *Alexander Strelin*, Unterhallau (Schaffhausen); *Lebrecht Widmer*, Herrenhof (Thurgau); *Carl Sulzer*, Wartau (St. Gallen); *August Meyer*, Zürich; *Werner Meili*, Hedingen (Zürich); *Hermann Seiler*, Leimiswyl (Bern).

Zürich. *Robert Bringolf*, Unterhallau (Schaffhausen); *Johannes Buschor*, Altstätten (St. Gallen); *Otto Isler*, Steckborn (Thurgau); *Paul Knus*, Winterthur (Zürich); *Gottfried Lerch*, Walzenhausen (Appenzell A.-Rh.), *Anton Plattner*, Untervatz (Graubünden); Frau *Clara Russ*, Schaffhausen; *Walter Scherer*, Ebnat (St. Gallen); *Conrad Sulger-Buel*, Stein a./Rh. (Schaffhausen); *Julius Wangler*, Luzern; *Arthur Zimmermann*, Fisibach (Aargau).

— **Universitätsnachrichten.** Prof. *Fehling* in Basel wurde für die vacante Professur für Geburtshülfe und Gynäcologie in Giessen primo loco vorgeschlagen. Wir hören indessen, dass dieser in kurzer Zeit in Basel so beliebt gewordene Kliniker unserm Lande erhalten bleibt, was wir mit Freuden begrüssen. *Löhlein* aus Berlin ist nach Giessen berufen.

— **Aufruf zu einer Langenbeckstiftung.** Hochgeehrte Herren Collegen! Wie Ihnen vielleicht schon bekannt ist, haben die „Deutsche Gesellschaft für Chirurgie“ und die „Berliner medicinische Gesellschaft“ dieses Frühjahr den Entschluss gefasst, ihrem verstorbenen Ehrenpräsidenten *Bernhard von Langenbeck* in Berlin ein würdiges Denkmal zu setzen. Nicht in einer Bildsäule aber, aus Erz oder Stein, sondern in einer Schöpfung, welche bestimmt ist, ärztlichen Vereinen ein Heim und wissenschaftlichen Arbeiten eine Sammelstelle zu bieten, soll das Gedächtniss *Bernhard von Langenbeck*'s und das lebendige Fortwirken seines Geistes der Nachwelt erhalten werden.

Um aber ein solches Langenbeck-Haus dem grossen Chirurgen würdig zu errichten, bedarf es grösserer Mittel, als die beiden Gesellschaften sie zu bieten vermögen. Deshalb und weil die Anerkennung der Verdienste, welche *Bernhard von Langenbeck* um die medicinische Wissenschaft und das Wohl der leidenden Menschheit während seines langen und thatenreichen Lebens sich erworben hat, in den politischen Grenzpfählen der Länder keine Schranken findet, weil vielmehr die ganze wissenschaftliche Welt ihn den Ihrigen nennt, wenden sich die beiden Gesellschaften an die Verehrer, Freunde, Collegen und Schüler des Verstorbenen, an die, die er behandelt, und die, die er gelehrt, mögen sie nahe oder ferne wohnen, damit sie zur Errichtung des geplanten Denkmals ihr Scherflein beitragen.

Auch die Schweiz sollte bei der Gründung dieses Werkes der Pietät nicht fehlen. Handelt es sich doch darum, das Andenken eines Mannes zu ehren, dessen Name den Aerzten unseres Vaterlandes gerade so geläufig ist wie denjenigen unseres deutschen Nachbarlandes, eines Mannes, dem auch die schweizerische Medicin studirende Jugend in edler Begeisterung zuströmte und dessen intimste Schüler zu wiederholten Malen auf die chirurgischen Lehrkanzeln schweizerischer Universitäten berufen wurden.

Die Unterzeichneten sind daher gerne dem geäusserten Wunsche der beiden Gesellschaften nachgekommen, ein Local-Comité für die Schweiz zu bilden und die Sammlung für die Errichtung eines Langenbeck-Hauses an die Hand zu nehmen.

Jede Gabe wird von den Unterzeichneten dankbar angenommen und über ihren Empfang im „Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte“ seiner Zeit quittirt werden.

Prof. Dr. *Kocher* in Bern.
Prof. Dr. *Krönlein* in Zürich.
Bern, Zürich, Basel, den 24. October 1888. Prof. Dr. *Socin* in Basel.

— **Kreosot gegen Lungentuberculose** — im vergangenen Jahr hauptsächlich durch Prof. *Sommerbrodt* warm empfohlen, in Frankreich seit 1877 im Gebrauch — fand (wie auch Prof. *Sahli* in seiner Arbeit „Ueber den Ersatz des Buchenholztheerkreosotes durch Guajacol“ erwähnt) schon in den 30er Jahren Verwendung gegen diese Krankheit. Es wird die Leser des „Corr.-Blattes“ interessiren, zu vernehmen, dass zu den Ersten, welche die Heilkraft des Kreosotes bei Lungenphthise erprobten, der Schweizer Arzt *Christian de Curtins* gehört, ein Grossonkel unseres Collegen gleichen Namens in Neukirch a./Thur.

In seiner 1839 in Moskau gedruckten Inaugural-Dissertation: De Kreosoto bringt er u. A. einige Krankengeschichten, welche den günstigen Einfluss dieses Mittels auf chronische Lungenleiden illustriren, ist aber objectiv und nüchtern genug, um dasselbe nicht als Panacee, sondern mit einer gewissen Reserve zu empfehlen. Er sagt z. B.: Ex his observationibus in phthisi pulmonali et catarrho chronico organorum respirationis institutis elucet, Kreosotum esse remedium, quod non cuivis affectioni convenit, sed potius circumspecte ac provide eligendos esse singulos, quibus opponatur, casus. In catarrho chronico organorum respirationis optimo cum successu adhibetur Kreosotum, dum character morbi torpidus observatur, in pneumophthisi vero tuberculosa, dum sputa purulenta libere expuantur, nec ulla erethismi signa adsunt.

De Curtins empfiehlt, das Kreosot in Emulsion oder in Schleimdecoct oder in aromatischen Wässern zu geben; für Patienten, denen der Geschmack zuwider ist, wendet er die Pillenform an. Dosis: 2—24 Tropfen pro die.

Unter den der Dissertation angehängten Thesen heisst die einschlägige (6.): In sananda phthisi Kreosotum aliis remediis (balsamicis) anteponendum est.

Ausland.

— **Ueber die Immunität von Kalköfenarbeitern gegen Lungenschwindsucht.** In der Berl. m. W. Nr. 36—38 berichtet Dr. *L. Halter* über seine diesbezüglichen Beobachtungen an 50 Kalköfenarbeitern in Lengerich. Während Lungentuberculose bei der dortigen Bevölkerung verbreitet ist, zeigt sich kein einziger Fall bei diesen Arbeitern. *H.* untersucht des Genauern die Gründe hievon. Es kommt in Betracht 1) ein trockener Arbeitsboden und eine trockene, sehr heisse Luft von 41—70° C., 2) ein feiner Kalkstaub in ziemlich grosser Menge.

Merkel erklärt Kalkstaub als schädlich — es scheinen aber mehr die beigemengten Bestandtheile und die Microorganismen in Betracht zu kommen. Das fällt beim Kalkofenstaub ausser Betracht. Es ist reiner Kalk, der sich meist in Mund, Nase und Rachen hängt und selten tiefer in die Luftwege eindringt. Ueberdies verwandelt sich der feingepulverte gebrannte Kalk durch den Wasser- und CO_2-Gehalt der Athmungsluft in Kalkoxydhydrat und kohlensauren Kalk. Den geringen Kalkmengen, die schliesslich doch in die Lungen gelangen, glaubt *H.* mit Rücksicht auf Verkreidung von tuberculösen Herden keine besondere Bedeutung zuschreiben zu müssen.

Wie wirkt also heisse trockene Luft auf die Lunge, besonders hinsichtlich von Infectionserregern?

H. folgerte aus theoretischen Ueberlegungen, dass bei einer Inhalationsluft, die über 60° C. erhitzt ist, die Binnenluft in der Lunge auf 41° C. steigen müsse. Die Experimente zeigten, dass die Exspirationsluft immerhin ca. 0,8° C. hinter der Temperatur des Blutes zurückblieb. Es findet also bei den Kalköfenarbeitern, die bei 50—70° C. und einer gleichzeitigen Feuchtigkeit von 0—10% und in einiger relativen Entfernung vom Ofen von nicht über 50% arbeiten, keine locale Erhitzung ihrer Respirationswege statt.

In Folge des Aufenthaltes in der heissen Luft und durch die Arbeit selbst wird aber die Körpertemperatur gesteigert. Da *H.* mit *Unverricht* u. A. die fieberhafte Temperatursteigerung für eines der wichtigsten Mittel des Organismus im Kampfe gegen eingedrungene parasitäre Pilze hält, so hoffte er durch diese Allgemeinwirkung die Immunität erklären zu können.

Die angestellten Versuche ergaben Temperatursteigerungen von 1,0—1,5° C. bei 50—60° C. Ofentemperatur und $^1/_4$—$^1/_2$stündlicher Arbeit — insofern es junge Arbeiter und den Autor betraf; ältere Arbeiter zeigten aber nur höchst geringfügige oder keine Steigerung der Bluttemperatur (in der Mundhöhle gemessen) — sie waren also ähnlich wie die Bewohner der Tropen acclimatisirt. Eine Steigerung trat aber bei längerem Aufenthalt in solcher Luft doch auf. Respiration und Puls ist frequenter, die Hauttransspiration vermehrt. —

Die auf 28—30 Athemzüge erhöhte Frequenz der Respiration ist durch die Luftverdünnung in Folge der Hitze bedingt und bewirkt eine gute Ventilation der Bronchienverzweigung.

H. findet den Schwerpunkt für die Immunitätsfrage in der Erhöhung der Körpertemperatur bei den noch nicht accommodirten Arbeitern, die täglich mehrmals über 38° C.

steigt. „Während dieses Stadiums der Acclimatisation werden alle Tuberkelbacillen, welche schon in die Schleimhäute oder Gewebe der Luftwege und Lungen eingedrungen sind, oder erst eindringen wollen, die zu ihrer gedeihlichen Entwicklung nothwendige Temperatur von 37—38° C. nicht vorfinden, sie werden anfangen zu kränkeln und durch die gleichzeitig mit der Temperaturerhöhung eintretende Beschleunigung von Circulation und Hauttranspiration leichter aus dem Körper eliminirt werden können." (Lückenhafte Schlussfolgerungen. Ref.)

An diese Anschauungen knüpft *H.* therapeutische Vorschläge, die sich ungefähr so zusammenfassen lassen:

1) Römisch-irische Bäder 1—2 Mal täglich je $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde lang.

2) Inhalationen von trockener Luft von 120—190° C. mehrmals täglich.

Im Anschluss hieran beschreibt *H.* einen von ihm construirten Inhalationsapparat (v. Original). *Garrè.*

— **Schutzimpfung gegen asiatische Cholera.** Dr. *Gamaleia* aus Odessa berichtet der Pariser Academie über seine Versuche, die er als geglückt erachtet. — Cholerabacillen vom Meerschweinchen auf Tauben übertragen erreichten einen ausserordentlichen Grad von Virulenz. 1—2 Tropfen Taubenblut genügen, um in 8—12 Stunden frische Tauben unter dem Bilde der „Choléra sec" zu tödten. Wird eine Bouilloncultur, aus solchem Taubenblut gewonnen, während 20 Minuten auf 120° erhitzt, wobei alle Bacillen zu Grunde gehen, so bleibt in der sterilisirten Flüssigkeit eine giftige Substanz, die in Dosen von 4 ccm. Meerschweinchen tödtet. Tauben sind resistenter; sie erliegen erst einer Dosis von 12 grm. — Wird den Tauben von dieser Flüssigkeit zunächst 8 grm., am folgenden Tage 4 grm. injicirt, so bleiben sie am Leben und erweisen sich gegen alle folgenden Impfungen selbst mit den virulentesten Cholerabacillen immun. Aehnlich können Meerschweinchen durch 2—3 Impfungen immunisirt werden.

G. weist auf die Vorzüge dieser Vaccinationsmethode hin, bei der nur die chemische Substanz wirkt, gegenüber der *Pasteur*'schen Methode, bei der mit dem chemischen Agens noch lebensfähige, obwohl abgeschwächte Bacterien inoculirt werden. *G.* hofft des fernern seine Methode der Choleraschutzimpfung an Menschen versuchen und sie in einem von Cholera heimgesuchten Lande practisch anwenden zu können.

— **Interne Anwendung des Creolin.** *Hiller* in Breslau berichtet in der „D. m. W." Nr. 47 hierüber folgendes:

Zur gründlichen Desinfection einer Empyemhöhle ist Creolin (1—5 : 1000) in lauwarmer Lösung seiner Ungiftigkeit und Reizlosigkeit halber im Verein mit kräftiger antiseptischer Wirkung allen andern Mitteln vorzuziehen. Ebenso bei jauchiger Cystitis in einer Concentration von 1—5 : 500. Es wirkt in diesen Fällen vorzüglich, während beim einfachen, nicht putriden Blasencatarrh wir mit den bisher gebräuchlichen Mitteln auskommen.

Bei Erkrankungen des Magens und Darmes glaubt *H.*, dass es nicht leicht durch ein anderes Mittel verdrängt werde. Seine antizymotische Wirksamkeit gegen die mannigfachen Gährungs- und Fäulnissprocesse in Magen und Darm trete in's beste Licht. Seine Ungiftigkeit bedingt keine ängstlich abgemessenen Dosen. So gibt er es bei Meteorismus, Typhlitis, Dünndarmcatarrh, habitueller Darmatonie mit Verstopfung und namentlich bei Ileotyphus — und hofft in letzteren Fällen besonders, dass die Beseitigung des Meteorismus den gefürchteten Perforationen vorbeuge. — Vorzüglich war seine Wirkung ferner bei Flatulenz, die den acuten und chronischen Darmcatarrh begleitet bei Magenectasie im Verein mit Magenspülungen zur Bekämpfung der lästigen Gasentwicklung, bei acuten und chronischen Diarrhœn mit stark zersetzten Entleerungen.

H. verordnet das Creolin in Dosen von 0,3—0,5—0,1 gr. gewöhnlich 3 Mal täglich, eine Stunde nach der Mahlzeit zu nehmen. Wegen des schlechten theerartigen Geschmackes gibt er es ausschliesslich in Gelatinecapseln ohne irgend welchen Zusatz. Selbst bei grossen Dosen traten keine unangenehmen Nebenerscheinungen auf.

In zwei Fällen konnte *H.* auch die antiparasitäre Wirksamkeit des Creolin constatiren: bei Tænia solium und bei Oxyuris vermic.

— **Zur Tracheotomie.** Die festen Canülen geben immer wieder Anlass zu Klagen und deshalb ist jeder Vorschlag zur Verbesserung einer ernsten Prüfung werth. Dr. *Schmidtmann* in Wilhelmshaven legt nach der Tracheotomie ein einfaches Gummirohr von

ca. 5 cm. Länge in die Trachea ein, das sich der Lichtung der Luftröhre möglichst genau anpasst. Dasselbe wird durch einen eingenähten Faden, der mit Heftpflaster am Halse befestigt wird, in seiner Lage erhalten, — obschon bereits durch das knappe Anliegen an der Trachealwand ein Herausschleudern selbst bei den heftigsten Hustenstössen nicht eintritt. Das Gummirohr bildet gleichzeitig einen viel sicherern und dichtern Verschluss nach oben zu, als eine Metallcanüle.

Ferner soll nach *Sch.* die Krustenbildung in dessen Lumen nicht vorkommen, um so weniger, als *Sch.* nach der Operation stets dafür sorgt, dass der Patient nur feuchte, ganz mit Wasserdämpfen geschwängerte Luft inhalirt.

Damit das Rohr nicht durch die Wundränder comprimirt werde, sollen die Trachealränder beiderseits angeschlungen und die Fäden nach hinten angezogen und geknüpft werden. Sodann sollte der erste Wechsel dieser Gummicanüle erst am dritten Tage stattfinden, da bis dahin die Weichtheile sich zu einem Canale formirt haben und die Wiedereinführung bedeutend erleichtert wird. — Je nach dem Alter der operirten Kinder sind Gummiröhren von 6—12 mm. Durchmesser zu verwenden.

— **Gegen Migräne.** Immer werden wieder neue Mittel empfohlen. Für jedes sprechen einige eclatante Fälle — gegen dasselbe ebenso viele Misserfolge bei der Nachprüfung. Das scheint darauf hinzudeuten, dass die Pathogenese der Erkrankung noch zu wenig erforscht — und dass die Migräne viel zu oft als Krankheit sui generis, denn als Symptom einer Affection betrachtet wird.

Sanitätsrath *Rabuske* berichtet über einen Fall von Hemicrania sympathotonica, der allen Mitteln trotzte und schliesslich durch Phenacetin coupirt wurde. Er verordnete 0,5 gr. Phenac. in einem Esslöffel Wasser gelöst Abends, und ebenso viel Morgens beim Erwachen zu nehmen. Nach Verbrauch von 6 Dosen blieben die Anfälle weg.

(D. m. W., Nr. 37.)

Stand der Infections-Krankheiten.

	1888.	Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperalfieber	Ophthalmoblennorrhœa	Variola	Parotitis
Zürich u. Aussengem.	7. X.-13. X.	1	1	1	12	8	—	—	—	—	1	—
	14. X.-20. X.	1	—	2	11	3	1	1	—	—	—	—
Bern	30. IX.- 6. X.	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	7. X.-13. X.	2	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—
Basel	11. X.-25. X.	10	—	1	21	4	8	5	1	—	—	2

Bei Zürich fehlt in der ersten Woche der Bericht von Hottingen.

In Basel stammen die Keuchhustenanzeigen wesentlich vom äussern Nordwestplateau und angrenzenden Birsigthal und von der Breite.

Briefkasten.

Dr. *F. Dumont*, Bern: Besten Dank. Die Arbeit erscheint baldmöglichst. Es wurde lebhaft bedauert, dass das wichtige Thema nicht mehr zur Abwicklung kam. Die Discussion darüber wäre sehr lebhaft und interessant geworden; sie bleibt als Tractandum für eine spätere Versammlung aufgespart.

Die geehrten Herren Mitarbeiter werden dringend gebeten, ihre Manuscripte gefälligst druckfertig einzusenden und die erste Correctur nicht als Gelegenheit zu einer vollständigen Umarbeitung zu betrachten. Auch der erst nachträglich (durch Unterstreichen) gewünschte Fettdruck von Wörtern und Sätzen kann den Setzer in Verzweiflung bringen und eine vollständige Umbrechung des Satzes erfordern. So beschäftigte eine unlängst in dieser Weise eingeschickte Correctur den Setzer 12 volle Stunden.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.



CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats.
Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile.

Preis des Jahrgangs Fr. 12. — für die Schweiz, Fr. 14. 50 für das Ausland.
Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. E. Haffter

in Frauenfeld.

N°. 22. XVIII. Jahrg. 1888. 15. November.

Original-Arbeiten.

Ueber toxische Nebenwirkungen des Antipyrin.

Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Aerzte von Zürich im März 1888.

Von Dr. **Hermann Müller.**

M. H. Unter der grossen Zahl neuer Mittel, mit welcher unser Arzneischatz in den letzten Jahren bereichert wurde, nimmt das Antipyrin wohl unzweifelhaft noch immer eine der hervorragendsten Stellen ein. Von *Filehne* („Zeitschr. f. klin. Medicin", Bd. VII, Heft 6 pag. 41) wegen seiner energischen Wirkung auf die fieberhaft erhöhte Körpertemperatur im Jahre 1884 zuerst als fieberwidriges Mittel empfohlen, errang sich Antipyrin sehr bald unter den zahlreichen neuern Fiebermitteln eine ganz bevorzugte Stellung und noch heute macht es neben Antifebrin den altbewährten Fiebermitteln Chinin und Salicylsäure eine sehr erfolgreiche Concurrenz, bei welchem Ausspruche ich allerdings die Frage, ob das Fieber nicht einer der wesentlichsten Factoren zur Bekämpfung des Krankheitsvirus sei, nicht näher berühren will. — Aber nicht nur als Antipyreticum erfreute sich das von *Knorr* synthetisch dargestellte Mittel einer raschen und ungemein ausgebreiteten Aufnahme, sondern auch als Specificum beim acuten Gelenkrheumatismus gewann es immer mehr und mehr Anhänger. Schon unter den ersten Publicationen der rasch angewachsenen Literatur über dieses Heilmittel fanden sich Hinweisungen auf die specifische Wirkung bei Gelenkrheumatismus; es fehlte freilich auch nicht an Stimmen, welche einen Einfluss auf die Gelenkaffectionen in Abrede stellten. Heute ist nun aber nach den Beobachtungen von *Lenhartz*, *Neumann*, *A. Fränkel*,



Demme und zahlreichen andern Autoren die Controverse dahin entschieden, dass wir im Antipyrin eine sehr schätzbare Bereicherung der für die Bekämpfung des Rheumat. articul. act. zur Disposition stehenden Mittel besitzen.

Wir selbst können seine ausgezeichnete antirheumatische Wirkung aus zahlreichen eigenen Erfahrungen nur bestätigen, wenn wir auch nicht dem *Fränkel*'schen Rathe huldigen möchten, bei jedem Fall von Polyarthritis die Behandlung mit Antipyrin zu beginnen.

Von dieser entschieden günstigen Erfahrung war nur ein kleiner Schritt dazu, das Mittel wie Chinin und Salicylsäure auch bei Nervenkrankheiten zu versuchen. Doch ist es besonders das Verdienst *Lépine*'s (*Schmidt*'s Jahrbücher 1886, Bd. 211, pag. 250), darauf hingewiesen zu haben, dass das Antipyrin ein gutes Nervinum sei. Rasch fand Antipyrin als schmerzstillendes, als beruhigendes Mittel zahlreiche Verehrer. Auch wir haben in der Poliklinik und in der Privatpraxis recht ausgedehnten Gebrauch davon gemacht, und wenn wir auch nicht in die allzu optimistisch gefärbten Lobpreisungen von *Germain Sée* und *S. Fränkel* einstimmen möchten, so glauben wir doch mit Bestimmtheit constatiren zu können, dass Antipyrin bei verschiedenen Formen von Kopfweh, bei verschiedenen sog. rheumatischen Affectionen, bei Neuralgien, bei den Schmerzanfällen der Tabetischen etc. etc. ein recht werthvolles therapeutisches Agens ist, dessen wir nicht mehr gern entrathen möchten. Wir haben das Mittel auch sehr häufig in der neuerdings empfohlenen Form von Injectionen angewandt und können nach Erfahrungen, welche wir in der Poliklinik gerade in den letzten Wochen öfter zu machen Gelegenheit hatten, bestätigen, dass das Antipyrin besonders bei den frischen (infectiösen) Neuralgien (Neuralg. supraorbt., Lumbago rheumat., Cephalaea etc.) oft eine ganz überraschende Wirkung entfaltet. Ich will Sie nicht mit Zahlenangaben ermüden — nach meiner Erfahrung ist es überhaupt unmöglich, das Material einer colossalen Poliklinik zu genauen statistischen Erhebungen zu verwerthen — ich hebe nur als Beispiel aus allen Fällen einen hervor, der Ihnen zugleich zeigen soll, wie ungemein rasch gelegentlich die Wirkung von Antipyrin erfolgt.

Vogel, August, 30 Jahre, Schlosser, kam am 3. Februar während eines sehr heftigen Anfalles von Neuralg. supraorbit. in die m. Poliklinik. Vom 24.—27. Januar Schnupfen besonders in der rechten Nasenhöhle; am 27. Vormittags 10 Uhr der erste Schmerzanfall im r. n. supraorbt. Die Schmerzen waren nach der eigenen Bezeichnung des Patienten „zum Tollwerden“. Seither alle Tage 3—4 Anfälle von 2—3stündiger Dauer; sehr schlechte Nächte. — Antipyrininjection von 0,5 an der Stelle des Foramen supraorbt. — Nach kaum einer Minute Nachlass der Schmerzen und mit dem Aufhören des vom Antipyrin erzeugten Brennens dauernd völlig schmerzfrei.

Am 4. Februar kommt Patient wieder und meldet sehr überrascht seine absolute Heilung.

Ich will übergehen, dass das Mittel (subcutan angewandt) bei einer ganzen Reihe von Fällen (Neuralg. brachl., Ischias etc.) auch bei consequenter Anwendung völlig wirkungslos blieb, und dass ich es für einen frommen Wunsch halte, wenn *Neudörfer* meint, Antipyrin werde im Stande sein, die Morphiuminjectionen zu verdrängen — nicht für uns ein frommer Wunsch, da wir sozusagen nie (in der Poliklinik überhaupt nie) Morphiuminjectionen machen, sondern für die „Spritzenmänner“. Ich übergehe, dass ich einmal auch bei peinlichster Anwendung der anti-

septischen Cautelen einen tüchtigen Abscess auftreten sah, der die bekämpfte Krankheit (Neuralg. brachl.) recht unangenehm complicirte. Trotz aller Skepsis, welche ich mir nach der bisherigen Erfahrung zur Pflicht gemacht habe, zweifle ich aber nicht daran, dass die Anwendungssphäre des Antipyrin wenigstens für die nächste Zeit eine immer grössere Ausdehnung annehmen wird und gerade deshalb halte ich es für zeitgemäss, wieder einmal auf die gelegentlich auftretenden Nebenwirkungen aufmerksam zu machen. Wurden ja doch die prompte, schnell eintretende und lang anhaltende Wirkung auf die erhöhte Temperatur, die günstige Beeinflussung des Pulses, die Geringfügigkeit der störenden Nebenwirkungen als ein ganz besonderer Vorzug von der grossen Mehrzahl aller Beobachter von jeher betont; und speciell dem Natr. sal. und Chinin gegenüber wurden diese Vortheile besonders hervorgehoben. Mitbetheiligung des Magens, Erbrechen wird allgemein als seltene Nebenwirkung erwähnt, selten Diarrhoe, selten Herzklopfen und selten Anfälle von Collaps, selten stellen sich Schüttelfröste ein beim Wiederanstieg der Temperatur. — Dagegen ist nicht so selten das Auftreten eines Exanthems. Schon bald nach den ersten Publicationen wurden Fälle von Dermatitis medicamentosa nach Antipyrin beobachtet. (*Cahn*, *Demme*, *Pusinelli*, *Ernst* etc.) Ich selbst habe bei einem der allerersten Kranken, dem ich Antipyrin verabreichte, das Auftreten eines ausgebreiteten, ziemlich gross maculösen, gesättigt rothen Exanthems gesehen mit vorwiegender Localisation auf der Streckseite der Extremitäten. Das Exanthem hat am meisten Aehnlichkeit mit Masern, nähert sich aber in manchen Fällen mehr einer nicht stark erhabenen Urticaria. Das Exanthem verursacht gewöhnlich ziemlich heftiges Jucken, ausserdem wurde aber seine geringe Bedeutung bis vor Kurzem von fast allen Beobachtern hervorgehoben. Nur *Jaccoud* legte dem Exanthem grössern Werth bei und fand, dass es durch Zeichen von Herzschwäche allarmiren und das Fieber steigern könne.

Erst neuerdings hat *B. Spitz* in Breslau („Therap. Monatshefte" Nr. 9 1887, pag. 347) einen Fall beschrieben, wo das Arzneiexanthem in Form einer sehr schweren diffusen Dermatitis auftrat und eine ausserordentlich gefährliche Gestaltung annahm.

Bei einem 20jährigen Fräulein, welches an einem leichten Abdominaltyphus litt und innerhalb einer Woche 9,0 Antipyrin erhalten hatte, trat am 8. Tage plötzlich ein masernartiger Ausschlag auf, der am 2. Tage confluirte und nunmehr scharlachähnlich war. Am 3. Tage stellte sich eine grossblättrige Desquamation ein, so dass Patientin nach und nach „ein geradezu erschreckendes Bild" bot. Die Epidermis löste sich am ganzen Körper in grossen Fetzen ab und hinterliess eine nässende Fläche, welche sich mit einer dünnen Kruste bedeckte. An einzelnen Stellen bildeten sich thalergrosse Blasen mit oscillirender Decke und serösem Inhalte. Dabei war das Befinden sehr schlecht, der Puls beschleunigt und die Temperatur erhöht und es erfolgte langsam die Heilung.

Pribram (Verein deutscher Aerzte in Prag. Sitzung vom 22. und 29. October 1886. — „Wiener medic. Wochenschr." Nr. 47, 1886) will bei Behandlung des Flecktyphus mit Antipyrin Blutungen aus Darm, Nase und Bronchien beobachtet haben.

W. A. Sturge („Brit. med. Journ." 4. Februar 1888) hat nach 0,3 wegen Migräne gegebenem Antipyrin heftigen Schnupfen, Röthung des Gesichts plötzlich auftreten gesehen — dabei Thränen der Augen, Husten mit reichlicher Expectoration, pro-

fusen Schweiss, heftig juckende Urticaria, Pulsbeschleunigung — nach ³/₄ Stunden Nachlass der Erscheinungen.

Sehr alarmirende Zufälle nach Antipyringebrauch hat auch *P. Guttmann* (zwei Beobachtungen über Nebenwirkungen des Antipyrin, aus dem städtischen Krankenhause Moabit in Berlin, „Therapeutische Monatshefte" Nr. 6, 1886) geschildert.

Der erste Fall betraf einen 21jährigen Küfer von robustem Körperbau, welcher wegen schwerem acutem Gelenkrheumatismus neben der eingeleiteten Salolbehandlung interponirend Antipyrin erhielt. Während die beiden ersten Gaben (je 2,0) eine gute Antipyrese ohne Nebenwirkungen erzielten, stellten sich bei der dritten Verabreichung nach wenigen Minuten ein sehr starkes Hitzegefühl am ganzen Körper, Luftmangel und sehr heftiges Herzklopfen ein. Dabei wurde der Kranke hochgradig cyanotisch, die Respiration war erhöht und der Puls frequent. Unter Anwendung von Reizmitteln (Campher, Sinapismen, Eisblase auf's Herz) verschwanden nach etwa einer halben Stunde die beunruhigenden Erscheinungen. — Circa 5 Wochen später wurden 5,0 in stündlichen Dosen von 1,0 gut ertragen.

Beim zweiten Falle — ein 21jähriges Fräulein, das wegen Migräne 1,0 Antipyrin erhielt — trat etwa 5 Minuten nach der Einnahme ein starkes Hitzegefühl mit Brennen und heftigem Jucken am ganzen Körper auf. Im Gesicht schoss ein Urticariaexanthem auf, das aber bald wieder verschwand. Dabei hatte die Kranke äusserst starkes Herzklopfen und war hochgradig erregt. Eine plötzlich auftretende Amaurose hielt kaum eine Minute an.

Eine Stunde später war das Gesicht geröthet, geschwollen, besonders an den Augenlidern; Unterarme und Hände ebenfalls leicht ödematös. Puls 124. — In den nächsten Stunden kam dazu Erbrechen. Die Harnuntersuchung ergab leichte Spuren von Eiweiss und einen mässigen Zuckergehalt. Temperatur normal.

Am 2. Tage noch mehrmals Anfälle von Herzklopfen, Hitze im Gesicht. — Urin ohne Eiweiss und ohne Zucker.

Am 3. Tage wieder normales Befinden. —

Ausserdem hört man da und dort, dass das vielgerühmte schmerzstillende Mittel nicht nur völlig wirkungslos abprallt, sondern im Gegentheil die Schmerzen gelegentlich erhöht oder ganz neue Schmerzen erzeugt.

Zu den seltensten und interessantesten Nebenwirkungen gehört aber ohne Zweifel die Beobachtung, dass nach der Einverleibung von Antipyrin im Gegensatz zur tausendfach bestätigten Regel die Temperatur in raschem Sprunge ansteigt, die sogenannte conträre oder paradoxe Wirkung.

Der erste, welcher einen derartigen Fall beschrieben hat, war *Laache*. („Centralblatt für klinische Medicin" 1886, VII., 32. *Schmidt*'s Jahrbücher, Bd. 211, p. 250.)

Ein Phthisiker hatte während 10 Tagen eine tägliche Dosis von 2,0—5,0 Antipyrin gut ertragen; dann wurde das Medicament fast 14 Tage ausgesetzt, bis wieder 2,0 gereicht wurden. Eine halbe Stunde nach der Einnahme stellte sich Schüttelfrost ein und zwei Stunden nachher war die Temperatur 40,8 (vorher 37,4); am andern Tage trat am Körper ein diffuses scharlachähnliches Exanthem auf. Am dritten Tage Fieberlosigkeit.

Einen analogen Fall beobachtete *A. Fränkel*. („Deutsche medic. Wochenschrift" Nr. 43 und 44, 1886.)

Bei einem 39jährigen Manne mit Gelenkrheumatismus, welcher sechs Tage hindurch täglich 5,0 Antipyrin erhielt mit günstiger Beeinflussung der Gelenkaffectionen aber ohne vollständige Apyrexie, trat plötzlich ein über den ganzen Körper verbreitetes Exanthem auf und zu gleicher Zeit stieg die Temperatur auf einen bis dahin nie beobachteten Grad, nämlich auf 40° und persistirte auf dieser Höhe, bis das Exanthem abzublassen begann. Auf Salicylsäure trat später völlige Heilung ein.



Den letzten Fall von paradoxer Antipyrinwirkung, den ich ausfindig machen konnte, finden wir in diesem Blatte (Jahrgang 1887 pag. 357) von Dr. *Daniel Bernoulli* in Basel publicirt.

Bei einer 52jährigen Frau von kräftiger Constitution und keineswegs nervös beanlagt, wurde wegen Gelenkrheumatismus, da Natr. sal. schlecht bekam, Antipyrin gereicht. Nachdem das Mittel in einer Tagesdosis von 2—4 gr. eine Woche lang gut ertragen wurde, trat am 8. Tage unter intensiven Erscheinungen plötzlich ein Fieberanfall auf, der zuerst ganz unklar war. Als dann sechs Tage später wieder Antipyrin gereicht wurde, stellten sich drei Minuten nach dem Einnehmen bedeutende Schmerzen auf der Brust, dann im Magen und Unterleib ein. Plötzliche Blässe, Todesangst und kalter Schweiss; nach einer Stunde Erbrechen. Am andern Tage Exanthem. Temperatur 39,2. Puls 120. — Als später — nach fast einmonatlichem Aussetzen des Mittels — wieder einmal 1,0 Antipyrin gereicht wurde, trat wieder ein heftiger Fieberanfall (bis 40,8°) auf, der von ähnlichen sehr schweren Intoxicationserscheinungen wie früher begleitet war.

Im Januar dieses Jahres hatte ich selbst Gelegenheit, einen derartigen Fall von conträrer Antipyrinwirkung zu beobachten, welcher wegen der höchst alarmirenden Begleiterscheinungen ganz besondere Aufmerksamkeit verdient.

Emma M., 10 Jahre und 3 Monate alt, hat vor 6 Jahren die Mutter und vor 4 Jahren den Vater an Phthise verloren. Das Kind war immer zart, doch nie ernstlich krank bis vor 3 Jahren, wo es einen schweren Typhus im hiesigen Cantonsspitale durchmachte. Nach langer Reconvalescenz und vielwöchentlichem Aufenthalte in unsern Bergen trat vollständige Genesung ein.

Am 18. November 1887 erkrankte das Kind neuerdings mit Fiebersymptomen und Schmerzen in den Fussgelenken; am 20. wurde es zu Bette gelegt und erst am 23. wurde von der Stiefmutter meine Hülfe in Anspruch genommen. Ich constatirte einen acuten Gelenkrheumatismus mit besonders starkem Ergriffensein der Hand- und Fussgelenke. Trotz anhaltender Verabreichung von Natr. salicyl., welches sehr gern genommen und gut ertragen wurde — kein Ohrensausen, selten leichter Brechreiz — war keine Besserung der Gelenkaffectionen zu erzielen. Das Fieber hielt an, der Grad der Gelenkaffectionen wechselte; immer waren besonders beide Fuss- und Handgelenke der Sitz der Schmerzen und diese Gelenke stark geschwollen. Die Temperatur stieg hie und da bis 39,6, nur einmal (am 2. December) erreichte sie 40,6; dabei überschritt der Puls nie 120; eine Complication von Seite der innern Organe, besonders des Herzens war nicht nachzuweisen. Nachdem Patientin 66,0 Natr. sal. genommen hatte, entschloss ich mich, Antipyrin zu verabfolgen. Am 7. Januar wurde die erste Dosis von 0,75 gereicht, an den folgenden Tagen 2—3 Mal pro Tag die gleiche Gabe. Die Wirkung auf die Schmerzen und die Gelenkaffectionen war sehr bald eine ganz überraschende. Aber jedes Mal trat unmittelbar nach dem Einnehmen Brechreiz auf, Schwindel und ein rasch zunehmendes Hitzegefühl im Kopfe, so dass das Kind mehrmals zu weinen anfing.

Da meine täglichen Besuche von der Stiefmutter des Kindes schon einige Zeit nicht mehr gewünscht wurden und ich auch nicht wegen der unerwarteten Steigerung der Temperatur gerufen wurde, sah ich das Kind in diesen Tagen auch nicht auf der Höhe der eigenthümlichen Fieberanfälle, welche meist nach dem Antipyrin auftraten. Die beifolgende Temperaturtabelle illustrirt das Verhalten der Körperwärme nach der Einverleibung von Antipyrin am anschaulichsten.

Januar 6.	10	Uhr	37,0		Januar 8.	8	Uhr	36,6	
	5	„	38,0			5	„		Antip. 0,75
„ 7.	10	„	37,6			7	„	37,2	
	6	„	39,5			10	„		„ „
	10			Antip. 0,75		11	„	38,8	
	11	„	**40,9**		„ 9.	9^{30}	„	36,4	
„ 8.	3	„	**40,6**			12	„	36,8	
	9	„	37,1			5	„	37,2	
	11^{30}	„		„ „		10	„	38,8	

Januar 9.	11^{30} Uhr		Antip. 0,75	Januar 12.	10 Uhr	39,2	Bad
„ 10.	12m. „	36,1			3 „	37,0	
	4 „	37,8	„ „		7 „	36,4	
	9 „		„ „		10 „	37,1	
	11^{30} „	**40,6**		„ 13.	9 „	37,0	
„ 11.	1 „	**40,7**	„ „		8 „	37,3	
	11^{30} „	36,4		„ 14.	9 „	36,0	
	6 „		„ „		5 „	37,0	
	7 „	36,4			10 „	37,1	
	10^{30} „	**39,8**	„ „	„ 15.	8 „	36,0	
„ 12	2 „	**40,6**	„ „		12 „	36,1	
	8 „	40,0			9 „	36,5	

Am 16. Januar wurde nach 4tägigem Aussetzen des Mittels wiederum 0,75 Antipyrin gereicht (Nachmittags 3 Uhr), da wieder leichte Gelenkschmerzen sich bemerkbar machten. Wieder unmittelbar nach dem Herunterschlucken des in wenig Wasser gelösten Antipyrin trat Brechreiz ein, bald folgte bedeutender Schwindel und Hitzegefühl, schwere Bangigkeit, so dass das Kind zu weinen anfing. Gleichzeitig stellte sich angeblich kaum zwei Minuten nach dem Einnehmen ein heftiges Beissen zuerst auf der Brust und dann am ganzen Körper ein. Es folgte ein tüchtiger Frost; das Gesicht, zuerst ganz blass, wurde blau, die Augen injicirt und vorgetrieben. Dann trat vollkommene Bewusstlosigkeit ein. Das Kind wurde mit *Hoffmann*'s Tropfen gerieben und gewaschen und nach etwa einer Stunde trat allmälige Besserung ein. Von 4—8 Uhr erfolgte dreimal Erbrechen und mehrere angeblich sehr übelriechende Stühle gingen in's Bett.

Die Temperatur verhielt sich dabei wie folgt:

Januar 16.	3 Uhr	37,0	Antip. 0,75	Januar 17.	8 Uhr	**39,8**	
	6 „	**39,8**			12 „	38,2	
	8 „	**40,2**		„ 18.	9 „	37,2	
	11 „	**40,6**			11^{30} „	36,7	Antip. 0,75
„ 17.	1 „	**40,8**			4 „	**40,2**	
	8 „	37,2			5 „	**40,8**	
	11		„ „		7 „	**40,2**	
	1^{30} „	**39,6**			10 „	**40,2**	
	4 „	**40,6**		„ 19.	11 „	36,4	

Am 17. und 18. wurde wieder je einmal 0,75 Antipyrin gereicht und beide Male wurde die Beobachtung gemacht, dass die Temperatur unmittelbar nach der Darreichung des Mittels erheblich anstieg; doch fehlten an diesen beiden Tagen die bedrohlichen Erscheinungen von Collaps. Da ich leider nie zu einem Fieberanfalle gerufen wurde, beschloss ich nochmals Antipyrin zu geben, um die Wirkung selbst beobachten zu können. Mein Drang nach genauer Beobachtung und meine zu weit getriebene Skepsis wären mir beinahe verhängnisvoll geworden.

Am 24. Jan., Nachmittags 3 Uhr, nachdem das Kind 4 Tage völlig fieberfrei war, wurde im Augenblicke minimal erhöhter Temperatur (37,8) nochmals 0,75 Antipyrin gereicht (3 Uhr 5 Minuten). Unmittelbar danach klagt das Kind wieder wie bei allen frühern Verabreichungen über Brechreiz, Schwindel, über Hitzegefühl und sehr heftiges Beissen am ganzen Körper; schwere Bangigkeit. Bald darauf trat ein „heftiges Erschütten“ am ganzen Körper auf. Das Gesicht verfärbte sich dunkelblau; das Bewusstsein schwand vollkommen. Mit tiefem stertorösem Athmen, ganz reactionslos, lag das Kind eine Stunde da, so dass die Umgebung den Tod befürchtete. Nach einer Stunde erwachte allmälig das Bewusstsein; nun klagte das Kind über unerträglichen Durst. Alles gebotene Getränk wurde aber sofort wieder erbrochen, mehrere Male in's Bett und mehrere dünne, sehr übelriechende Stühle gingen ab.

Telephonischen Bericht erhielt ich erst nach $5^1/_2$ Uhr, und als ich um 6 Uhr die Kranke sah, war ich tief erschrocken über das schwere Krankheitsbild. Das Gesicht war gedunsen, marmorirt blau, besonders die Lippen stark ge-

schwollen; die Augen waren vorgetrieben, die Conjunctivae stark injicirt, so dass das Aussehen höchst verändert war. Temperatur um 6 Uhr 39,6, Puls 176—180, eine Frequenz, welche während der ganzen Krankheit nie erreicht wurde, kaum zählbar an der Radialis. Das Kind klagte noch über beständiges Frösteln und sträubte sich so sehr gegen eine Untersuchung, dass ich mich begnügen musste, den Mangel eines Exanthems und das Fehlen von ödematösen Anschwellungen an den Extremitäten zu constatiren; nur die Hände waren wie das Gesicht leicht angeschwollen. Ein quälender Durst zwang die Kranke immer wieder zu trinken — Wasser, Thee — trotzdem die gebotene Flüssigkeit immer wieder erbrochen wurde. Schweres Uebligkeitsgefühl, Kopfweh und Schwindel erpressten fortwährende Seufzer.

Bis Abends um 8 Uhr erfolgte circa 8 Mal dünner, wässeriger, übelriechender Stuhl und um 8 Uhr das letzte Mal Erbrechen.

8^{15} bei meinem zweiten Besuche Temperatur 40,2, Puls 156—160. Das Aussehen war wesentlich besser und bei der nun möglichen Untersuchung constatirte ich eine allseitige Vergrösserung des Herzens, acute Dilatation. Das Kind war sehr müde und schläfrig und konnte doch keinen Schlaf finden wegen sehr heftigen Schmerzen auf der Brust, die sich etwa 4 Stunden nach der Einnahme von Antipyrin einstellten. In den spätern Nachtstunden stellte sich dann ordentlicher Schlaf ein.

Am 25. 10^{30} Temperatur 38,6, Puls 120. Die Herzdämpfung ist wieder zur frühern Norm zurückgekehrt; das Kind klagt nur noch über heftige Schmerzen auf der Brust.

Im weitern Verlaufe trat wieder ein sehr unregelmässiges Fieber auf, als dessen Ursache sich bald eine Phthise des linken obern Lungenlappens herausstellte.

Januar 24.	8	Uhr	37,8		Januar 24.	10	Uhr	38,6
	11	„	37,8		„ 25.	8	„	37,4
	12	„	37,8			10	„	38,6
	1	„	37,9			2	„	37,2
	3	„	37,8	Antip. 0 75		6	„	37,9
	6	„	**39,4**	180		9	„	37,8
	7^{45}	„	**40,2**	160	„ 26.	8	„	36,2
	8^{15}	„	38,2					

Wir sehen demnach, dass bei einem 10jährigen Mädchen, dem wegen Gelenkrheumatismus die gewiss nicht zu grosse Dosis von 0,75 Antipyrin gereicht wurde, jedesmal eine Temperatursteigerung erzeugt wurde, und dass die Ursache dieser Fieberanfälle wirklich im Antipyrin gesucht werden muss, ist durch die mehrfach wiederholte Beobachtung in unserem Falle mit der Sicherheit des Experimentes über jeden Zweifel erhaben. Zwar erwies sich in unserm Falle das Mittel von Anfang an in gleicher Weise, nur nicht in gleichem Grade wirksam, indem einmalige Dosen einen entschieden lebhaftern Fiebersturm erzeugten als 2 und 3 pro Tag, und bei den zuletzt gereichten Einzelgaben die das Fieber begleitenden Intoxicationserscheinungen viel schwerer waren. Das ist wohl bei der Raschheit, mit der Antipyrin sonst wieder aus dem Körper ausgeschieden wird, und bei dem Mangel eines Nachweises von Antipyrin einige Zeit nach der Aufnahme nur so zu erklären, dass die zuerst gegebenen Dosen eine erhöhte Erregbarkeit des Centralnervensystems erzeugten. Nach Thierexperimenten, welche *Edm. Blumenbach* auf Veranlassung von *Dragendorff* anstellte, ergibt sich nämlich, dass die Resorption des Antipyrin sehr rasch vor sich geht und dass aber auch ziemlich rasch die Ausscheidung aus dem Körper stattfindet und zwar ohne eine

Zersetzung zu erleiden. Viel auffallender ist diese interessante Erscheinung „cumulativer“ Wirkung bei den Fällen von *Laache*, *Bernoulli* und *A. Fränkel*, wo das gleiche Mittel zuerst ohne nachtheilige Wirkung ertragen wurde. Auch das viel häufiger beobachtete Exanthem (ohne paradoxes Fieber) zeigt ein ähnliches Verhalten, indem es öfter erst nach längerer Darreichung beobachtet wurde. Währenddem aber verschiedene Beobachter die Wahrnehmung gemacht haben, dass das Antipyrinexanthem bei fortgesetztem Gebrauch sich dennoch vollkommen restituiren kann, sehen wir eine derartige Angewöhnung nicht bei den Fällen, welche in perverser Weise mit Fieber auf das Mittel reagiren. — Dass nicht etwa eine Verwechslung bei der Dispensation des Mittels passirt ist, und dass Herr Kantonsapotheker Keller so freundlich war, das angewandte Präparat auf seine Reinheit zu prüfen und dasselbe als das beste, was im Handel erscheint, bezeichnete, will ich nicht unerwähnt lassen.

Halten wir Umschau in der Literatur, so finden wir, dass es namentlich die fieberwidrigen Mittel sind, welche besonders häufig mit fehlerhaften Wirkungen ausgestattet sind, und dass sie speciell die paradoxe Wirkung entfalten, anstatt Fieber zu dämmen, Fieberanfälle zu erregen.

So wurden ganz ähnliche Fieberanfälle auch nach dem Gebrauche von Salicylsäure beobachtet.

Lürmann (Berl. klin. Wochenschrift 1876, Nr. 33) beschrieb 1876 den ersten Fall. Unter mit Schüttelfrost eingeleitetem Fieber (bis 40,4°) trat Oedem der Unterarme und Unterschenkel ein und nachher wiederholte sich auf 4,0 Natr. sal. die gleiche Scene noch zweimal.

Max Baruch (Berl. kl. Wochenschr. 1883, Nr. 33) sah bei einer Dame nach 2,0 Natr. sal. einen heftigen Schüttelfrost auftreten und Steigen der Temperatur bis 40,5° — mit beschleunigter Athmung und Herzklopfen und darauf folgte tüchtiger Schweiss, aber kein Exanthem.

Erb (Berl. klin. Wochenschrift 1884, Nr. 29) behandelte einen 21jährigen Mann mit Gelenkrheumatismus mit Salicylsäure. Nach Verbrauch von 36,0 wurde das Mittel wegen Diarrhœ ausgesetzt und als dann nach 2tägiger Pause wieder Acid. salic. gereicht wurde, trat schon am ersten Tage ein diffuses Exanthem mit Schüttelfrost und Temperatursteigerung bis 40,2° auf.

Ganz ähnliche Wirkungen wurden schon seit längerer Zeit beim Gebrauch von Chinin beobachtet (*Hahnemann* 1790, *Bretonneau* 1833, *Tomaselli* 1874, *Karamitas*, *Antoniades* 1879, *Leichtenstern* 1884, *Herrlich* 1885).

Ausserdem sind aber auch, beiläufig bemerkt, Fälle bekannt, wo nach Gebrauch nicht antipyretischer Mittel heftige Fieberattaquen aufgetreten sind. So hat *Moritz Weiss* (Wiener medic. Presse, 1884) nach Gebrauch von Cubeben Schüttelfrost, Temperatur bis 40,8° und darauf folgendes Exanthem beschrieben, welche Scene sich noch zweimal beim Wiedergebrauch des Mittels abspielte.

Sehr lehrreich für das Verständniss dieser klinischen Beobachtungen sind die Thierexperimente von Dr. *Ed. Aronsohn* in Berlin, welcher nach Versuchen im thierärztlichen Laboratorium der landwirthschaftlichen Hochschule bei Einspritzungen von sterilisirter Heujauche an Kaninchen analoge conträre Wirkungen

mit fiebererregenden Mitteln gemacht hat (Deutsche med. Wochenschrift 1888, Nr. 3 u. 4).

Als Erklärung für die auffallende Erscheinung, dass fieberhemmende Mittel Fieber erzeugen, wurden von den verschiedenen Autoren allerlei Hypothesen aufgestellt. *Bretonneau* ist der Meinung, dass das Zustandekommen des sog. Chininfiebers abhängig sei von der Individualität des Kranken, d. h. er supponirt eine Idiosynkrasie. *Köhler* (Handbuch der physiolog. Therapie, 1876) stellt diese Annahme als einzig dastehend und zweifelhaft hin; er nimmt eine intensive Magenreizung durch das Fiebermittel an und wundert sich, dass man auf diese Erklärung nicht schon früher gekommen sei. *Herrlich* hat bei seinem Fall von Chininfieber daran gedacht, dass das Chinin mit seiner auf die Milz gerichteten Wirkung die Malariakeime in Bewegung gesetzt, mobilisirt und dadurch einen Intermittensanfall hervorgerufen habe, bei welcher Ansicht er sich allerdings gegen den Vorwurf zu vager Hypothesen verwahren will. — *Fränkel* betrachtet die Localaffection auf der Haut als das Wesentliche, die Temperaturerhöhung sei secundär. Den Zusammenhang zwischen beiden könne er allerdings auch nicht erklären, aber man könnte sich sehr wohl denken, dass durch das Mittel die Disposition zu einer Hauterkrankung gesetzt werde, wobei in letzter Instanz die Einwanderung von Microorganismen für die Hautkrankheit verantwortlich zu machen sei. Die microscopische Untersuchung des Gewebssaftes der Papeln sei zwar in seinem Falle völlig negativ ausgefallen.

Bernoulli, welcher schon früher in Betreff der Pathogenese der Arzneiexantheme sich *Behrend* anschloss und im Blute kreisende Stoffe als Erreger der Hautaffection verantwortlich machte, verweist namentlich auf die Uebereinstimmung dieser Krankheitsbilder mit mehreren acuten Infectionskrankheiten. Dieser Vergleich werde heute noch um so frappanter, als sich die Meinung allgemein Bahn breche, dass nicht die Bacillen, sondern die durch Zersetzung entstandenen Ptomaine die Krankheitssymptome erzeugen. Mit dieser Annahme stimme das fast blitzartige Auftreten der Krankheitserscheinungen nach Einwirkung des Medicamentes, welches nur durch eine fast plötzliche chemische Wirkung zu erklären sei, während man die Wirksamkeit von Microorganismen *(Fränkel)* ohne Incubation nicht wohl verstehen könnte.

Tomaselli nimmt eine directe fiebererzeugende Wirkung des Mittels an; diese toxische Wirkung ist eine auf gewisse Nervencentren gerichtete, eine neuroparalytische. Zu dieser Ansicht bekennt sich auch *Erb* und mir will es scheinen, dass mit der Annahme eines perversen Reizes auf das Centralnervensystem die klinischen Thatsachen sich am besten in Einklang bringen lassen. Ohne Zwang lassen sich alle Erscheinungen aus einer gleichzeitigen Reizung des vasomotorischen Centrums und des nervösen Centralapparates für die Wärmeregulation erklären. Auf die schwierige Frage, welche Beziehungen die vasomotorischen Apparate mit den die Temperatur regulirenden Centren haben, will ich hier allerdings nicht näher eingehen. Gewinnt ja doch die Annahme, dass die antipyretischen Mittel ausschliesslich auf die Apparate der Wärmeregulation einwirken, mehr und mehr die Oberhand.

Dass gerade mit Antipyrin angestellte Thierexperimente, nach welchen die Reizung von einem Wärmecentrum bei Kaninchen, denen zuvor Antipyrin einverleibt worden war, lange nicht so stark wärmeerregend gewirkt, diese Annahme stützen, will ich nicht zu erwähnen vergessen. (De l'action de l'antipyrine sur l'un des centres thermiques encéphaliques. Dr. *Girard*. Revue médic. de la Suisse romande VII, 11, p. 642, 1887.) Allerdings ist auch bei dieser Annahme einer directen chemischen Reizung des rapid zur Resorption gelangenden Mittels auf bestimmte nervöse Centren die letzte Ursache der perversen Wirkung auch noch nicht erklärt und wir müssen uns vorläufig nach dem heutigen Stande unseres Wissens begnügen, die individuelle (dauernde oder temporäre) Erregbarkeit, eine Idiosyncrasie für das Mittel, in letzter Linie verantwortlich zu machen.

Die practische Nutzanwendung dieser gravirenden Intoxicationsfälle ist aber, dass man mit den Nebenwirkungen dieses so schätzbaren Mittels vertraut sein muss, um diagnostische Irrthümer zu vermeiden und dass man beim Gebrauche des Mittels bei der Dosirung die nöthige Vorsicht nicht versäume, Vorsicht um so mehr, als sich Antipyrin auch in der Kinderpraxis immer mehr einzubürgern scheint.

Die wichtigsten giftigen und essbaren Schwämme.

Von Dr. **Th. Schneider** in Basel. [1])

Wenn ein Gebiet der Naturkunde uns jahrelang fremd blieb, bis irgend eine Anregung unsere Aufmerksamkeit auf dasselbe lenkte, wenn dann zum ersten Interesse der Trieb der Beobachtung, die Freude des wachsenden Verständnisses sich gesellten, so werden uns Ueberraschungen zu Theil, wie solche der erste Anblick eines Sternbildes oder der primitiven Formen der Spaltpilze, durch Vermittlung des bewaffneten Auges, hervorrufen.

Diese Erfahrung haben wir Alle auf verschiedenen Gebieten gemacht; doch gibt uns gerade die Mycologie den schlagendsten Beweis, wie gleichgültig man jahrelang über Schwämme stolpern kann, bis unser Interesse sich an der Schwammkunde verfängt, bis die Schwämme für uns Leben gewinnen, uns in ihrer Sprache ansprechen und ihr Recht fordern vom Botaniker, vom Toxicologen, vom Hygieiniker und vom National-Oeconomen; von Jedem, der die Natur liebt und den Trieb hat, sich an der Lösung der vielen Fragen, welche die Mycologie an uns stellt, zu betheiligen. Eine solche Frage, die dem heutigen Vortrag zunächst liegt und ihn wesentlich beeinflusst, richtet sich an die Ursachen, welche trotz der überaus günstigen Witterung der Sommermonate — sofern Schwämme und Gemüse in Betracht kommen — doch so wenig verschiedene Arten von Schwämmen zur Entwicklung gelangen liessen und auch diese wenigen um Wochen und Monate später, als in normalen Jahren?

Es wird interessant sein, später bestimmte Urtheile über diese Frage zu lesen; doch darf man die Vermuthung aussprechen, dass in der Hitze der Monate Mai und Juni die wahre Ursache dieser Schwammverarmung zu suchen sei, als der Boden, sogar in schattigen, laubbedeckten Lagen, sich spaltete und zerklüftete, und

[1]) Nach einem im ärztlichen Verein der Stadt Basel gehaltenen Vortrage.



auf diese Weise das zartfaserige, vegetative Wurzelgewächse der weniger widerstandsfähigen Pilze theils vertrocknete, theils zerriss und verkümmerte, während die Widerstandsfähigeren erst nach längerer Erholung des verwundeten Myceliums auf der Oberfläche erschienen. Ist diese Erklärung richtig, so würde ein frostfreier October und November uns noch nachträglich mit den Pilzen der Monate August und September erfreuen.

Im Allgemeinen nennt man die nicht microscopischen Pilze: Schwämme, Fungi.

Allen Pilzen fehlt das den übrigen Pflanzen eigene Blattgrün, folglich das Vermögen, anorganische Bestandtheile aufzunehmen; aus dem gleichen Grunde können die Pilze die Kohlensäure nicht in Kohlenstoffverbindungen umwandeln — sie enthalten also kein Stärkemehl — noch können sie Sauerstoff ausscheiden, kurz durch den Mangel an Chlorophyll ist das Pilzleben auf organische Nährstoffe angewiesen.

Man kennt die Entwicklung der Pilze aus keimfähigen Samen, Sporen genannt, die Befruchtungsvorgänge jedoch sind noch nicht aufgeklärt.

Fällt eine Keimspore auf geeigneten Nährboden, so sprosst sie und zergliedert sich nach und nach in ein zartfädiges weisses, weitverzweigtes Gewebe, das Mycelium.

Aus dem Mycelium entsteht der Pilzkörper, dessen schwammiges Zellengefüge durch die Cellulose, das Fungin, zusammengehalten und gestützt wird.

Der Pilzkörper birgt unter dem Hut bei den Hutpilzen, im Innern bei den Balgpilzen, auf der Oberfläche bei den Scheiben- und Zitterpilzen das Fruchtlager, in den verschiedensten Gestaltungen. Aus dem Fruchtlager entwickeln sich massenhaft die microscopischen Sporen; entweder frei auf microscopischen Stielchen, Basidien, daher die Abtheilung der Basidiomyceten, welcher die meisten Schwämme angehören, oder die Sporen sind in ovale, keulenförmige Schläuche eingeschlossen, daher die Abtheilung der Ascomyceten, zu welcher die Trüffeln, Morcheln und Schleimpilze gehören. Was die chemischen Verbindungen betrifft, so enthalten die Schwämme neben einem Wassergehalt von 90% Apfelsäure, Oxal, Fumar, Schwefel, Phosphor und Kieselsäure, ferner Chlor, Kalk, Eisenoxyd, Magnesia, Natron, Oele, Fette, Wachs, Harze und Farbstoffe.

Die Elementaranalyse der Trockensubstanz liefert im Durchschnitt nach Prof. *Wieke* in Göttingen:

22—36	Proteinsubstanz,
21—57	Extractivstoffe,
20—37	Phosphate,
48—55	Kali,
2—18	Magnesia,
1	Mannit.

Diese Analyse, die bis dahin nie bestritten wurde, stellt den Nährwerth der Schwämme in eine Reihe mit unsern besten Nahrungsmitteln.

Aus diesem Grunde wohl wurden die Schwämme schon im Alterthum als Nahrungsmittel oder als Luxusspeise genossen, wie wir von Martial und Plinius secundus erfahren. Wir wissen ferner, dass auch gegenwärtig viele Völker sich der Schwämme als Nährmittel bedienen. Wenn trotz dieser Thatsache weder die

Schule, noch die Nationalöconomie, noch das allgemeine Interesse sich eingehender mit den Schwämmen beschäftigten, so mag daran der Verruf schuld sein, den die Giftschwämme auf die Gesammtgruppe warfen, ferner der Mangel eines allgemein anerkannten botanischen Systemes und endlich die Schwierigkeit der Conservirung der Schwämme.

Damit soll nicht gesagt sein, dass die wissenschaftlichen Forschungen der Mycologie nur den microscopischen Pilzen gegolten haben, allein während nur Einzelne sich mit Schwammkunde beschäftigen, werfen sich Tausende auf die Spaltpilze; und doch haben die Schwämme den Vorzug, dass sie nicht blos Zerstörer des Thierkörpers sein können, sondern weit öfters Ernährer, was von den Spaltpilzen nicht gilt, denn bis dahin spricht Nichts für ihre Symbiose mit dem Thierkörper.

Uebrigens deutet schon die Fluth von mycologischen Werken darauf hin, dass das Interesse für die Schwammkunde wächst, und dass wir Aerzte öfter mit den Schwämmen werden rechnen müssen, sei's in forensischer oder botanischer Hinsicht.

Leider herrscht über Geniessbarkeit oder Giftigkeit vieler jener zwei und mehr Tausend continentaler Schwämme noch keine Uebereinstimmung, welche nur durch Versuche im Grossen, unter Leitung eines physiologischen Institutes wird erreicht werden können.

Für den Einzelnen sind die Versuche zu unsicher; es fehlt jene strenge Controle, welche absolute Kenntniss des zu untersuchenden Schwammes, sorgfältig in der Sporenreife gesammeltes und sogleich bearbeitetes Material verlangt, eine Controle, welche die mögliche Immunität der Thiere und die Idiosyncrasie der Menschen berücksichtigt, vielleicht auch den Boden, die Jahreszeit und die Witterung, von den chemischen und physiologischen Cautelen ganz abgesehen.

Doch sind gerade die am häufigsten vorkommenden Schwämme, nach dieser Richtung hin, mit Bestimmtheit gesichtet, so dass wir mit der Kenntniss einiger Dutzend Schwämme uns und Andere vor den giftigen hüten, mit den essbaren nähren können.

Nur muss der Grundsatz festgehalten werden, dass überhaupt alle verdorbenen Schwämme, so gut wie verdorbenes Fleisch, durch Bildung giftiger Zersetzungsproducte, Ptomaine, vergiften können, die Giftschwämme überdies auch in frischem Zustand durch ihnen eigenthümliche Gifte wirken, deren einige chemisch dargestellt und auf ihre physiologische Wirkung geprüft sind, wie z. B. neben einigen Mutterkornpräparaten das Muscarin, Amanitin, die Helvellasäure.

Die Prognose einer Schwammvergiftung stützt sich deshalb auf die botanische Bestimmung des betreffenden Schwammes, entweder nach einem vorhandenen Exemplar oder aus den im Entleerten gefundenen microscopischen Sporen, und auch die Behandlung wird durch den Charakter des Schwammes modificirt werden; man wird zwar in allen diesen Vergiftungsfällen den Magen mit Oel auswaschen müssen, sich jedoch gerade bei den schwersten Vergiftungen, durch den Satans- und den Knollenblätterpilz, der Brech- und Abführmittel enthalten, weil sich die Giftwirkung in diesen Fällen erst nach 10 und mehr Stunden einstellt, zu einer Zeit, wo die Magen- und Darmentzündung, der Zerfall der Blutkörperchen und

Organdegenerationen schon so weit fortgeschritten sind, dass selbst wirkliche Gegengifte, wenn solche existirten, sie nicht aufheben könnten. Die Giftschwämme nun, welche theils durch ihr unverfängliches Aussehen und den indifferenten Geschmack, theils durch Verwechslung mit ähnlich aussehenden essbaren Schwämmen am häufigsten in Betracht kommen, sind: der Knollenblätterpilz (Amanita phalloides), der Fliegenpilz (Amanita muscaria), der Pantherpilz (Amanita pantherina), welche besonders in der Jugendform oft mit dem echten Champignon verwechselt werden, der Giftmilchling (Galorheus tormenosus), durch Verwechslung mit dem echten Reizker (Galorheus deliciosus), der büschelige Schwefelkopf (Hypholoma fasciculare), durch Verwechslung mit dem Stockschwamm (Pholiota mutabilis) der rissige Faserkopf (Inocybe rimosa), der Spei-Täubling (Russula emetica). Die Speiselorchel (Helvella esculenta) und die Speisemorchel (Morchella esculenta) scheinen je nach Standort und Witterung Vergiftungen erzeugen zu können; getrocknet oder abgebrüht sind sie ganz unschädlich.

Uebrigens ist die Schädlichkeit dieser beiden Schwämme noch nicht absolut festgestellt, für die Helvella nicht, weil man noch nicht mit Sicherheit weiss, ob die H. esculenta und die H. suspecta gesonderte Species seien, oder ob die H. susp. nur eine durch Regenwetter veränderte H. esculenta sei.[1]) Wenn man ferner behauptet, die giftige Helvellasäure spreche überhaupt für die Giftigkeit aller Lorcheln, wie verbürgte Vergiftungen für diejenige der Morcheln, so muss der bis dahin noch nie versuchte Beweis geleistet werden, dass eine Leichenvergiftung bei den Schwämmen ausgeschlossen sei, d. h. dass das Mycelium eines gesunden Schwammes die Zersetzungsproducte eines in der Nähe gewachsenen, verdorbenen Schwammes nicht aufnehmen könne. Unter den Löcher- oder Röhrenpilzen sind als giftig zu bezeichnen: der Satanspilz (Boletus satanas), durch Verwechslung mit dem Sandpilz (Boletus variegatus), der Schönfuss (B. calapus), der Dickfuss (B. pachypus) und der blauende Röhrling (B. cyanescens).

Eine Verwechslung des giftigen Eierschwammes (Cantharellus aurantiacus) mit dem Cantharellus cibarius kommt nicht in Betracht, weil der erstere in der Schweiz nicht vorzukommen scheint.

Dieses Dutzend giftiger Schwämme müssen wir unserer botanischen Kenntniss einverleiben, alle übrigen Unterscheidungsmerkmale sind trügerisch.

Von den Giftschwämmen wenden wir uns mit mehr Befriedigung den essbaren Schwämmen zu, indem wir uns nur auf die wohlschmeckenden beschränken und das Heer der Schwämme, die ohne Schaden könnten gegessen werden, bei Seite lassen. Obenan steht für uns der unschuldigste, dottergelbe Eierschwamm, klein und von feinstem Aroma im Nadelwald der Alpen, massig und würzig im Laubwald der Niederungen, allverbreitet und widerstandsfähig gegen Witterung und Insecten; auf ihn folgt der echte Reizker (Galorheus deliciosus), den der ihm eigene rothe Milchsaft kennzeichnet, der Feldchampignon, den seine rosafarbigen Lamellen vor Verwechslung schützen sollten, und den die Millionen, welche seine Züchtung abwirft, empfehlen.

---

[1]) Vergleiche pag. 606 in Nr. 19 dieses Blattes.



Die ganze Familie der Händlinge (Clavariaceen), auch Ziegenbart oder Bärentatze genannt, die in Korallen-, Geweih-, Keulen- oder Astform den Waldboden zieren, der Stoppelstachling (Hydnum repandum), die verschiedenen Stäublinge (Lycoperdonarte), der Schmeerling (Boletus granulatus), der Butterrohrling (B. luteus) und vor allen der Herren- oder Steinpilz (B. edulis), der im braunen Hut und grau gegitterten Strunk gerne im jungen, gelichteten Tannenwald steht, ein wahrer Herr in äusserer Einfachheit und innerem Gehalt.

Die genannten Pilze kommen sämmtlich in der Schweiz bis zu 6500 Fuss Höhe vor und zwar so massenhaft, dass ein Pilzsammler bei günstigem Spätsommer täglich so viel sammeln könnte, als er überhaupt zu tragen vermöchte. Lassen Sie mich, um diese Behauptung zu erhärten, nur einen persönlichen Beweis anführen. Den 25. August liess ich mich in Begleit eines zehnjährigen Knaben bei Niederschwörstadt über den Rhein setzen. Um 7 Uhr 10 Minuten fingen wir an Eierpilze zu sammeln, die dort im Forst massenweise die prächtigsten gelben sogen. Hexenringe im grünen Moos bildeten. Um 8. 10 trugen wir die gefüllten Körbe an die Station Möhlin und kamen um 10 Uhr hier an. Der Knabe hatte 4420 gr. auserlesene Eierpilze gesammelt, ich selbst 8750 gr. und das in einer einzigen Stunde. Wie viele hunderttausend Kilogramm Stickstoff, Phosphate und Kali würden die beerensuchenden Mädchen und Knaben unserer 6000 schweizerischen Ortschaften unter umsichtiger Leitung der Schule während der Herbstmonate sammeln? Es kommen da Zahlen heraus, die von der Industrie als phantastisch oder als beschämend müssten angesehen werden. Doch ich bin Ihnen noch Rechenschaft schuldig über die Verwerthung der 13,770 gr. Eierpilze. Nach Abzug des Wassergehaltes würde nur 1317 gr. Trockensubstanz, also Proteinkörper, Phosphate, Kali etc., übrig bleiben im Nährwerth gleich getrocknetem Rindfleisch im Werth von Fr. 4. 60. Allein das Rindfleisch bekommt man nicht umsonst und wenn man weiss, dass hier in Basel 1 kg. getrocknete Trüffel Fr. 22, 1 kg. getrocknete Morcheln Fr. 40, 1 Büchse von frischen Champignons Fr. 2. 50 kostet, so stellt sich der Marktwerth der gesammelten Schwämme viel höher, als der des Fleisches. Was nun speciell die Verwerthung betrifft, so sandte ich einige Eierpilze dem Herrn Classenlehrer des Knaben für den Anschauungsunterricht, andere wurden wie Cornichons in Essig eingemacht, noch andere gaben ein Schwammextract als Ersatz des Fleischextractes, die übrigen wurden für den Winter getrocknet, die Abfälle zur Bereitung von Gartenerde verwendet.

Aus diesem familiaren Beispiel drängt sich denn doch die Ueberzeugung auf, dass die Schwammkunde neben den rein geistigen Genüssen auch einen realen, materiellen Werth hat, und da Zahlen mehr beweisen als Auseinandersetzungen, so gehe ich auf die gäng und gäben Vorurtheile gar nicht ein, um so weniger, als man selbst von der Bauernsame oft genug den Ausspruch hört: ja die Schwämme könnten wir schon brauchen, wenn man sie nur von einander kennte, aber wir kennen sie eben nicht. Bis dahin werden die essbaren Schwämme da und dort in den romanischen Cantonen gesammelt, nur im Canton Tessin sind sie Volksnahrung. Sollten die Industrie und die Landwirthschaft sich noch jahrelang dem Reichthum der Schwämme gegenüber theilnahmlos verhalten und sie weder zu gewinn-

reicher Züchtung gleich der Champignoncultur in Frankreich, noch als Nahrung, noch zur Mästung der Hausthiere (Kühe, Ziegen, Schweine), noch als Handelsartikel verwenden, der Thatsache können sie sich nicht entziehen: dass sie die gleichen chemischen Bestandtheile um theures Geld im Guano kaufen, die sie sich durch Schwamm-Composthaufen umsonst verschaffen könnten.

Die Medicin hat den Nährwerth der Schwämme insofern gewürdigt, als sie ein Trüffel- und ein Champignonextract in der Reichenpraxis verwendet und diese Extracte für nahrhafter und schmackhafter erklärt als Fleischextract.

Merkwürdigerweise sind die Schwämme bis dahin in der Behandlung des Diabetes nicht als Hülfsnahrung angewandt worden trotz ihres absoluten Mangels an Stärkemehl. Zum Schlusse noch einige Bemerkungen über das Einsammeln der Schwämme. Die Ausrüstung für eine Schwammexcursion ist die des Botanikers, mit Zugabe eines Handkorbes, oder was handlicher aussieht, eines Netzes. Die Excursionen können im März den Morcheln des Jura und der Vorberge gelten, im Mai und Juni den Mousseronsder Waiden und im Herbst mit Ausgraben der Trüffeln enden. Man sammelt die essbaren Schwämme nur bei trockenem Wetter in gesunden, unverdorbenen Exemplaren und lässt eher auch einen gesunden Schwamm stehen, wenn in nächster Nähe ein verdorbener zerfällt. Nur die Giftschwämme reisst man aus und stellt sie auf den Hut, die essbaren schneidet man über dem Boden ab und zerstreut die sporentragenden Organe auf dem Boden oder gräbt sie ein.

Die für botanische Bestimmung gesammelten Schwämme legt man, in Papier gewickelt, in die Pflanzenbüchse. Die übrigen werden zu Hause sortirt, gereinigt und am besten an der Sonne oder im Ofen getrocknet. Man darf nie einen Schwamm als essbar und unschädlich ansehen, bevor man ihn öfters gesammelt, bestimmt, verglichen und absolut und unzweifelhaft kennen gelernt hat. Die oft wiederholte Redensart, „ich habe von diesem Schwamm gegessen, er ist unschädlich, denn er hat mir keine Symptome verursacht," ist eine Kinderei und beweist noch gar nichts.

Lassen Sie mich nun vor Ihnen die Toilette eines Schwammes machen, um mich eines Ausdruckes zu bedienen, den die Chirurgie in einer unglücklichen Stunde dem Boudoir entlehnt hat; man entfernt zu diesem Zwecke die Oberhaut des Hutes, des Strunkes und die Sporenträger und zerschneidet den geschälten Pilz in Scheiben. Zum Selbststudium der Schwammkunde empfiehlt sich *Paul Kummer*'s Führer in die Pilzkunde, sowie die Schwammkunde von Dr. *Lenz*.

Verehrte Herren! Die Schweiz muss ihren Bedarf an Nahrungsmitteln durch starke Einfuhr decken im Werthe von 143,000,000 Fr. oder Fr. 55 per Kopf, die schweizerische Industrie seufzt nach neuen Erwerbsquellen; wer soll die Schwammkunde — diese Nähr- und Geldquelle — dem Volkswohl erschliessen, wenn wir Aerzte, wenn Lehrer, Botaniker und Apotheker nicht eingreifen? An uns Aerzte stellt die Mycologie noch so manche ungelöste Aufgaben, die zum Theil im Vortrag berührt wurden, dass man sich freuen könnte, wenn Medicinstudirende ihre Dissertationen gerade diesem Brachfeld entnehmen wollten.

Vereinsberichte.

36. Versammlung des ärztlichen Centralvereins.

Samstag den 27. October 1888 in Olten.

Präsident: Dr. *E. Haffter.* — Schriftführer ad hoc: Dr. *Ganguillet* (Burgdorf).

Der Morgen des 27. Octobers brach an, ein klarer, prächtiger Herbstmorgen; die Sonne, die uns in diesem Jahre so stiefmütterlich bedacht, schien hell und warm; die Natur hatte wie zum Abschied jene bunte herbstliche Färbung angenommen, als wollte sie vor Beginn des gestrengen Winters zu einem letzten Ausflug einladen. Wer hätte da noch dem freundlichen Aufruf unseres „Corr.-Blattes" zur Oltener Versammlung widerstehen können! Und wem wäre an diesem Morgen nicht das Herz aufgegangen beim Gedanken, diesen schönen Herbsttag zum Besuch unserer Vereinsversammlung verwenden zu dürfen? Ist doch gerade jetzt der Krankenstand am niedrigsten und unsere Patienten erfreuen sich im Allgemeinen eines leidlichen Befindens. Warum sollten wir uns da nicht auch freuen und vor Beginn des Winters mit all' den Mühsalen und Strapazen, die uns unser Beruf bringt, noch einen Tag der Erholung geniessen, um uns durch Anhörung gediegener wissenschaftlicher Vorträge, im Kreise von Collegen, in Gesellschaft alter Freunde und Studiengenossen wieder zu verjüngen und neue Kraft und frischen Muth für die Wintercampagne zu schöpfen. Da überdies das Programm der diesjährigen Herbstversammlung äusserst reichhaltig und verlockend war, so ist es nicht zu verwundern, dass von allen Seiten, von nah und fern die Jünger Aesculaps in ungewohnter Zahl dem gastlichen Olten zuströmten.

Schon im Bahnhofrestaurant war ein Drängen, ein Grüssen und Händedrücken, dass es kein Ende nehmen wollte. Und als man sich zur gemeinschaftlichen Sitzung in den Schulhaussaal verfügte, da erwies sich der Saal, der doch andere Jahre vollauf genügt hatte, als viel zu klein; und es musste die Versammlung deshalb in das neue geräumige Theater verlegt werden. Auch dieser grosse Raum wurde annähernd besetzt, denn über 250 Aerzte hatten sich dort eingefunden. Die herumgebotenen Zählkarten allein ergaben die Zahl von 238 Theilnehmern (Aargau 45, Baselstadt 29, Baselland 13, Bern 49, Glarus 3, Graubünden 3, Luzern 27, Neuenburg 1, St. Gallen 6, Schaffhausen 2, Schwyz 1, Solothurn 14, Thurgau 6, Unterwalden 2, Zürich 35 und als hochwillkommene Gäste die Herren Collegen *Dind* und *Roux* aus Lausanne und Dr. *Keller* aus Lörrach); da aber immer Einzelne sich nicht einschreiben oder erst später sich einfinden, so darf man ohne Uebertreibung behaupten, dass circa 250—260 Collegen an dieser Herbstsitzung des ärztlichen Centralvereins theilgenommen haben, wahrlich eine grosse Zahl, wie sie wohl noch von keiner andern Herbstversammlung erreicht worden ist.

I. Präsident *Haffter* eröffnet die Sitzung mit folgender Rede:

Hochverehrte Versammlung! Werthe Herren Collegen und Freunde! Verehrte Gäste!

Seit Jahren waren Sie gewohnt, einen Mann an dieser Stelle zu sehen, der als die eigentliche Verkörperung unseres schweizerischen Aerztewesens und unserer gemeinschaftlichen Berufes- und Standes-Interessen zu betrachten ist — einen Mann, der — Feuer im Herzen und Feuer auf der Zunge — wie Keiner es verstanden hat, uns zu begeistern und uns durch schwungvolle Rede vom Boden des nüchternen Realismus weg in das Reich eines vernünftigen und practischen Idealismus zu erheben. 13 Jahre lang hat unser *Sonderegger* die Geschicke unseres Vereines, ja — des ganzen schweizerischen Aerztestandes geführt und hat mit Worten und mit Thaten uns Ziele gezeigt und angestrebt, für welche Jeder mit der Begeisterung der Ueberzeugung einstehen muss, wenn er nicht zugeknöpfter Egoist, oder schlechter Patriot, oder menschenfeindlicher Sonderling ist.

13 Jahre lang war er mit *Burckhardt-Merian*, *Baader* und Andern das Schwungrad, das uns — wenn wir etwa auf des Lebens rauher Strasse matt gefahren — immer

wieder flott machte und zu frischem Lauf antrieb und mancher unter uns hat sich am *Sonderegger*'schen Feuer, wenn ihm das Herz erkalten und der Eifer für das Wohl des Volkes, für öffentliche Fragen erlahmen wollte, neue Wärme geholt und sie in Bewegung umgesetzt! — Zu unserem grössten Leidwesen überraschte uns im vergangenen Herbste der altgewohnte Führer mit seiner Demission; die Versammlung von dazumal hat Alles gethan, um ihn zu halten und die damals gesprochenen Worte waren der ungeschminkte Ausdruck aufrichtiger Verehrung und tiefsten Bedauerns über den beabsichtigten Rücktritt. Alles vergeblich — Herr Dr. *Sonderegger* beharrte auf seinem Entschlusse und der Centralverein verlor seine glänzende Spitze. — Eine detaillirte Aufzählung der Verdienste, welche unser langjährige Präsident um unsern Verein sich erworben hat, ist so wenig im Sinne des verehrten Mannes, dass ich sie unterlasse; aber im Namen wohl aller schweizerischen Aerzte darf ich es aussprechen, dass wir dankbar und freudig anerkennen: *Sonderegger* hat in den 13 Jahren, die er uns führte, ausserordentlich viel für's öffentliche Wohl und für unsere Standesinteressen gethan, für die idealen wie für die reellen und einen guten Theil seiner Lebenskraft dafür geopfert. Das wollen wir ihm nie vergessen und wollen uns an ihm ein Beispiel nehmen, wie man im geraden Verhältniss zu den sich entgegenstellenden Widerständen seine Anstrengungen verdoppeln und trotz mannigfacher Enttäuschungen und Misserfolge das Endziel nicht aus dem Auge verlieren soll.

Lassen Sie uns dieser Dankbarkeit nachher Ausdruck verleihen in einer Telegrammadresse [1]) an den verehrten Mann, der — Reconvalescent von einer schweren Erkrankung — heute gewiss ungern von unserer Versammlung sich ferngehalten hat. — Der rasche und unerwartete Rücktritt *Sonderegger*'s veranlasste Sie in aller Eile einen neuen Präsidenten zu wählen und Sie haben mich, einen Mann vom Pfluge weg, mit dieser Würde betraut. Meine Herren Collegen! Ich besitze Selbsterkenntniss genug, um zu wissen, dass ich das Vertrauen, welches Sie mir durch diese Wahl erwiesen, erst noch zu rechtfertigen habe und werde dies auch im Laufe der Zeiten nach Kräften versuchen. Ich bitte Sie dabei zu erwägen, dass der jähe Tod unseres unersetzlichen *Arnold Baader* die Bürde, welche jede und so auch diese Würde mit sich bringt, in unerwarteter und für mich fast verblüffender Weise gesteigert hat und ersuche Sie deshalb um freundliche Nachsicht.

Zur Orientirung skizzire ich Ihnen kurz die jetzige Gliederung unserer schweizerischen Aerztecorporation, da noch bei vielen Collegen die lebhafte Erinnerung an die frühern Verhältnisse den Status der Gegenwart verwischt und zu Begriffsverwirrungen Anlass gibt: Der schweiz. ärztliche Centralverein, d. h. die Vereinigung der Cantonalvereine deutscher Zunge und des Cantons Neuenburg beschloss anno 1874 auf Antrag der Section Basel einen ständigen Ausschuss zu wählen, welcher die laufenden Geschäfte zu besorgen hätte. Als nun aber Fragen von allgemeinem schweizerischen Interesse, wie z. B. Fabrikgesetz, Mortalitätsstatistik u. s. w. vorlagen, hielt dieser Ausschuss die Zuziehung von ärztlichen Vertretern auch der nicht zum Centralverein gehörigen Landestheile zu den Berathungen für billig und nothwendig. Nun bestehen aber in der Schweiz drei grössere ärztliche Gesellschaften, als die älteste: die Société médicale de la Suisse romande mit ca. 230 Mitgliedern, unser Centralverein mit ca. 850 Mitgliedern und die Società medica della Svizzera italiana mit ca. 90 Mitgliedern. Die Delegirten dieser drei schweizerischen ärztlichen Vereine bilden zusammen die schweizerische Aerztecommission, welche vom eidg. Departement des Innern als berathendes Fachcollegium für Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege anerkannt und verwendet wird, und der folgende Aufgaben zufallen:

[1]) Das Telegramm lautete: Herrn Dr. *Sonderegger*, St. Gallen. Ihrem lieben langjährigen Präsidenten, dem begeisterten Förderer der socialen Medicin, dem unentbehrlichen Motor für ideales ärztliches Streben, senden herzliche Grüsse und Wünsche, mit dem Ausdruck bleibender Dankbarkeit und Anhänglichkeit die in Olten tagenden Mitglieder des ärztlichen Centralvereins und zugewandte Orte.



1) Vertretung der schweizerischen Aerzte vor den Bundesbehörden in allen Fragen des Medicinalwesens — wenn nöthig auch vor cantonalen Behörden oder in der Presse.

2) Ausführung der von den einzelnen Vereinen erhaltenen Aufträge und

3) Verwaltung der Hülfscasse für Schweizer Aerzte.

Die schweiz. Aerztecommission bestellt ihr Bureau selbst; der Präsident des ärztlichen Centralvereins ist also nicht mehr, wie früher, eo ipso Vorsitzender der Aerztecommission; gegenwärtig z. B. präsidirt dieselbe nach wie vor — und hoffentlich noch recht lange unser unermüdliche Dr. *Sonderegger* mit Herrn Dr. *De Cérenville* als Schriftführer. Dagegen sind die Mitglieder des ständigen Ausschusses des Centralvereins eo ipso Mitglieder der Aerztecommission, indem ihre Zahl gerade die für die Commission nothwendigen Vertreter beträgt, nämlich einen Vertreter auf je 100 Mitglieder. — Die Suisse romande hat drei, die italienische Schweiz einen Vertreter zu senden.

Die Leistungen der Aerztecommission sind bona voluntas ihrer Mitglieder. Sitzungsgelder, Reiseentschädigungen und dergleichen existiren nicht. Dagegen bedarf sie für Drucksachen u. dgl. einer Casse und ihr Cassenwesen war von jeher mit demjenigen des Centralvereins verschmolzen. Das ist aber incorrect, denn die Casse der Aerztecommission wird alimentirt durch Beiträge der deutschen und romanischen und von jetzt an auch der italienischen Gesellschaften und darf also für Ausgaben, welche den Centralverein allgemein angehen, nicht belastet werden. Deshalb haben wir auf Antrag unseres Quästors, Herrn Dr. *Sigg*, mit vollständiger Berücksichtigung und Verwerthung der während 10 Jahren stattgehabten unrichtigen Belastung die Aerztecommissionscasse von derjenigen des Centralvereins ausgeschieden und es werden von jetzt an beide getrennt geführt und zwar wird nach wie vor Herr Dr. *Sigg* sich dieser bedeutenden und nicht angenehmen Mühe unterziehen, wofür wir ihm recht dankbar sein dürfen. Das Nähere über unsere Finanzlage finden Sie baldigst im „Corr.-Blatt". Selbstverständlich entfaltet nun seit dieser Aenderung der Ausschuss des Centralvereins seine Hauptthätigkeit als Bestandtheil der schweizerischen Aerztecommission, in der eben alle Fragen von allgemeinem schweizerisch-ärztlichen Interesse zur Berathung kommen; für sich allein besammelt er sich nur für Abwicklung von Tractanden, welche den Centralverein allein betreffen. So z. B. hat er in einer heutigen Sitzung u. A. die Wahl des Schriftführers vorgenommen und Herrn Dr. *H. v. Wyss* mit dieser Würde betraut.

Ueber die Arbeiten der schweiz. Aerztecommission bringt Ihnen das „Corr.-Blatt" ab und zu Bericht; ich kann Sie also mit der Aufzählung unserer Tractanden des vergangenen Jahres verschonen. — Der Gegenstand, der alle andern an Wichtigkeit und Bedeutung weit überragt, ist die noch von unserm *Baader* in die Arena geworfene Frage der Organisation des schweizerischen Sanitätswesens. Darüber ist viel, sehr viel geschrieben und gesprochen worden, ich fürchte hie und da in einer Weise, die den Herren Juristen und Parlamentariern Spass machen dürfte. Man kann die Haut des Bären nicht verkaufen, so lange er nicht eingefangen ist und es heisst Wort- und Zeitverschwendung, wenn wir uns über detaillirten Ausbau eines Institutes streiten, dessen Fundament noch nicht einmal bewilligt ist und der vereinigte schweiz. Aerztetag in Lausanne hat Alles gethan, was er überhaupt thun konnte, als er einmüthig beschloss, dass von Seite der schweizerischen Aerzte Etwas geschehen soll, um eine bessere Organisation des eidgenössischen Sanitätswesens zu erlangen. — Wohl wissend, dass die Kraft der schweiz. Aerztecorporation in den cantonalen Vereinen beruht, hat die Aerztecommission die wichtige Frage zur Behandlung an dieselben gewiesen mit der Einladung, das Resultat der Berathungen zu formuliren und einzusenden; im Sinne der Mehrheit der eingehenden Vorschläge wird man dann im nächsten Frühjahr an einen nochmaligen vereinigten Aerztetag und nachher an die Bundesversammlung gelangen.

Der Standpunkt, den man in dieser wichtigen Frage einnehmen kann, ist ein zweifacher. Entweder man begnügt sich das anzustreben, was bei der jetzigen Bundesverfassung (die ja das Recht der Medicinalgesetzgebung den Cantonen zuweist) überhaupt zu erreichen ist, und das sind:

ein eidgenössischer Sanitätsreferent, d. h. eine ständige fachmännische Vertretung für das schweizerische öffentliche Gesundheitswesen beim eidgenössischen Departement des Innern;

oder eine eidgenössische Sanitätscommission, frei gewählt durch Aerzte, Apotheker und Thierärzte; — oder aber Beides. — Das ist der Standpunkt der Mehrheit in der Aerztecommission, (wahrscheinlich auch der Mehrheit der Aerzte überhaupt; das wird aus den eingehenden Berichten der cantonalen Vereine hervorgehen), welche findet, dass ein eigentliches Bedürfniss nach Centralisation des Sanitätswesens nicht vorhanden sei und dass bei der Vielgestaltigkeit unseres Landes die cantonalen Behörden am richtigsten arbeiten; dass aber allerdings eine zielbewusste Vereinigung dieser Arbeiten dringend noth thue.

Ein zweiter Standpunkt (in der letztjährigen Versammlung durch Herrn Dr. *Schnyder* vertreten) glaubt, dass eine sichere Grundlage für die Reorganisation unseres Sanitätswesens nur durch Partialrevision unserer Bundesverfassung geschaffen werden kann, in dem Sinne etwa, dass man dem Artikel 69 die Fassung gäbe: „Die Gesetzgebung und die Oberleitung des Sanitätswesens ist Sache des Bundes". Auf diesen Standpunkt stellt sich u. A. auch der schweiz. Apothekerverein und vertritt denselben in einer an Ihren Vorstand gerichteten Zuschrift vom 22. September 1888. Er hält den gegenwärtigen Moment für Erweiterung resp. Revision der einschlägigen Paragraphen unserer Bundesgesetzgebung für besonders günstig, weil gleichzeitig auch von juristischer Seite die Vereinheitlichung des Strafrechtes angestrebt wird und schlägt vor, die verschiedenen medicinischen Gesellschaften der Schweiz (Centralverein, Société médicale de la Suisse romande, Apothekerverein etc.) möchten je 1—2 Mitglieder zu einer Commission abordnen, welche die Grundzüge eines an die Bundesversammlung zu richtenden Memorials festzustellen hätte. Die Aerztecommission wird in ihrer nächsten Sitzung diese Anregung besprechen; ich hielt es aber für zeitgemäss, sie hier, wie überhaupt die ganze beabsichtigte Sanitätsreform zu erwähnen und sie so mit Nachdruck auf die Tractandenliste der Wintersitzungen unserer cantonalen Sectionen zu bringen. — Der Besorgniss, dass der Versuch zu der beabsichtigten Partialrevision unserer Bundesverfassung sehr schlimm ausfallen und einer erneuten Bewegung für Freigebung der ärztlichen Praxis mit allem, was drum und dran hängt, rufen könnte, kann ich mich persönlich dabei nicht erwehren.

Werthe Herren Collegen! Dass wir in engern und weitern Kreisen, im Centralverein wie in den cantonalen Gesellschaften uns eindringlich mit der socialen Seite unseres Berufes befassen, ist wohl und gut und muss sein, wenn wir etwas erreichen wollen. Wir müssen als Corporation auftreten, um gehört und gewürdigt zu werden. Aber damit allein ist's nicht gethan; ja, die neuere Geschichte des Medicinalwesens in unserem Vaterlande scheint zu beweisen, dass unser Erfolg oft in umgekehrtem Verhältniss steht zu den gemachten Anstrengungen. — Diese Sprache sollten wir verstehen und daraus lernen, dass es uns Noth thut, die Hebel noch ganz andern Orts anzusetzen; denn jedes Mannes und jedes Standes Rede gilt so viel als er selber; also wir müssen das Vertrauen des Volkes und der Behörden in grösserem Maasse wieder gewinnen und befestigen. Woran liegt es denn eigentlich, dass man uns von maassgebender Seite so wenig Gehör und so viel Misstrauen entgegenbringt?! — Die Meinungsverschiedenheiten der Aerzte in beruflichen Dingen, auch in hygieinischen Fragen sind sprichwörtlich und von unserer „Collegialität" spricht die Welt mit satirischem Lächeln und schreibt sie nur noch mit „Gänsfüsschen". Seit am Krankenlager des grossen Dulders Kaiser Friedrich ein so schmachvoller Streit in den sogenannten obersten Schichten unseres Standes entbrannt ist, sagt man sich's laut und leise, dass dieses hässliche Stück aus der neuesten Geschichte des Aerztestandes nur ein Paradigma sei und seines Gleichen auch in andern Kreisen finde. Und leider liegt darin wenigstens etwas Wahres. Denn, wenn wir auch sagen dürfen, dass die Handlungsweise des englischen Kehlkopfspecialisten etwas Unerhörtes und Unbegreifliches, in ernsten wissenschaftlichen Kreisen nie Dagewesenes ist, und, soweit eben die Acten zugänglich sind, jedem Arzte durchaus verurtheilungswürdig erscheint, so weiss doch Mancher von

ähnlichen Erlebnissen in kleinem Rahmen zu erzählen. Zur Entlastung dient die Thatsache, dass das grosse Publicum, so sehr es immer bereit ist, über Hader und Uncollegialität unter Aerzten zu raisonniren, 90 % der Schuld an diesen Vorkommnissen trägt. Die kleinen und grossen Intriguen, die es hinter den Coulissen spielt, unrichtige Darstellungen von Thatsachen zur Verdeckung eigener Tactlosigkeiten, die Zuträgereien, Verdrehungen und Verleumdungen haben manchen Zwiespalt verschuldet und der fatale Effect ist — wie die Geschichte zeigt — um so grösser, wenn die hinter den Coulissen Handelnden Kronen und oberste Würden tragen. — Aber abgesehen von dieser oft unehrlichen Handlungsweise des Publicums, die wir uns durch Taubsein gegen Einflüsterungen und durch offenes gerades Vorgehen meistentheils fernhalten können, haften auch unserm Stande Uebel an, denen entgegengearbeitet werden sollte und diese sind theils sociale, theils individuelle. Die letztern sind die gewöhnlichen menschlichen Schwächen — auch der Arzt ist ein Mensch — die im Gegensatz zu unserm erhabenen Berufe schroffer als bei jeder andern Lebensstellung zur Geltung kommen; obenan die cardinale Sünde, dass man über dem Splitter im Auge des Collegen des Balkens im eigenen Auge nicht gewahr wird.— Zu den erstern rechne ich ein von Jahr zu Jahr mehr auf die Spitze getriebenes und oft schon in der Studienzeit markirtes Specialistenthum, das Gefahr läuft, nicht nur im ärztlichen Denken und Handeln, sondern auch im rein menschlichen Fühlen einseitig zu werden und dessen perspectivische Kehrseite ein ärztliches Proletariat bildet. — Ueberhaupt ist sehr vom Bösen das allzu realistische Gepräge, das unser gegenwärtiges medicinisches Zeitalter kennzeichnet und welches sich leider auch in dem Bestreben kundgibt, die humanistischen Vorstudien auf dem Gymnasium in verschiedenster Weise einzuschränken und zu schmälern. Wenn ein Beruf ein gediegenes klassisches — Herz und Geist in die Tiefe durchfurchendes Vorstudium verlangt, so ist es derjenige des Arztes und wahrhaftig, es geht nichts verloren! Das reine Feuer der Begeisterung, das uns Homer entzündete, glüht unser ganzes Leben lang und erwärmt uns und die mit uns im Verkehr stehen, wo andere frösteln. Also hoch die gründliche klassische Gymnasialbildung für den Mediciner. Dieses Privilegium wollen wir uns nicht rauben lassen. Die Rectoratsrede des Herrn Prof. *Krönlein* war ein rechtes Wort zur rechten Zeit und sollte überall gelesen und gepredigt werden.

Meine verehrten Herren Collegen! Ich war im Begriffe, düster zu malen! Lassen Sie mich mit freundlicheren Farbentönen schliessen und es freudig anerkennen, dass das Licht in unserm schweizerischen Aerztestande viel grösser ist als der Schatten.

In vielfacher Gestalt — in Worten und Thaten — tritt uns der Sinn und die Begeisterung auch für die höhern Aufgaben unseres schönen Berufes entgegen und eine Aeusserung derselben ist ja auch die heutige Versammlung, zu der ich Sie (die Mitglieder des Centralvereins und die verehrten Herren Collegen, die als Gäste unsere heutige Sitzung schmücken) mit herzlichem Gruss und Handschlag willkommen heisse. Die Versammlung ist hiemit eröffnet.

Allgemeiner Beifall lohnte den Redner und bewies, dass der ärztliche Centralverein sich freut, einen strebsamen Nachfolger unseres *Sonderegger* gefunden zu haben.

II. Prof. *Fehling* aus Basel hält seinen angekündigten Vortrag über die **Complication von Schwangerschaft und Geburt mit Tumoren der Beckenorgane.**

Derselbe [1]) weist auf die hohe Bedeutung der richtigen Erkenntniss dieser Fälle hin, ferner auf den Werth einer entsprechenden Therapie und endlich auf den Umschwung der Anschauungen über das ärztliche Handeln, den die grossen Erfolge der operativen Gynäcologie gebracht haben.

Bei Complication von Ovarialtumoren mit Schwangerschaft wird, sobald der Tumor die Grösse einer Orange übersteigt und Störungen verursacht, die Ovariotomie in der Schwangerschaft empfohlen, die künstliche Frühgeburt und Punction dagegen verworfen.

---

[1]) Original-Referat.

Bei der Geburt ist in einem solchen Falle Reposition in Narcose oder Punction von der Vagina aus indicirt, eventuell mit breiter Eröffnung; dann Abwarten des spontanen Geburtsverlaufes oder eventuell die geburtshülflichen Operationen.

Bei Fibromyomen, deren Vorkommen in der Schwangerschaft als im Ganzen selten bezeichnet wird, ist meist enormes Wachsthum in der Schwangerschaft bemerkenswerth. Den künstlichen Abort principiell auszuführen, wird nicht gerathen; besser ist es abzuwarten; bei Störungen schwerer Art (Druckerscheinungen, Blutungen) ist die Amputatio uteri supravaginalis oder der Abortus je nach dem Fall vorzunehmen.

Bei der Geburt kann man subseröse Myome zuweilen zurückschieben; sonst ist auch hier Abwarten das richtige Verfahren. Bei Stockung der Geburt: Zange, Extraction, Wendung, eventuell Perforation; bei Gebärunmöglichkeit: conservativer Kaiserschnitt oder *Porro*.

Complication von Carcinom des Cervix mit Schwangerschaft ist noch weit ernster zu nehmen. Wenn möglich macht man hier im zweiten oder dritten Monat die Totalexstirpation des schwangern Uterus, allenfalls nach vorherigem künstlichem Abortus. Supravaginale Excision des Cervix ist sehr zu beschränken; palliative Operationen wie Auskratzungen, Ecraseur etc. sind hier ganz zu verwerfen wegen der häufig darauf folgenden frühzeitigen Ausstossung der Frucht. Ist die Abtragung im Gesunden unmöglich, so tritt die Erhaltung der Frucht in den Vordergrund und ist die künstliche Frühgeburt dann als gefährlich zu verwerfen.

Bei der Geburt wird durch Incisionen, manuelle oder instrumentelle Entfernung der Geschwulstmassen Raum geschafft, eventuell durch Zange, Extraction nachgeholfen.

Forcirte Wendung ist zu widerrathen.

Bei todtem Kinde perforire man möglichst frühzeitig, während die Perforation des lebenden Kindes falsch ist; hier muss bei Gebärunmöglichkeit der Kaiserschnitt nach *Porro* gemacht werden.

Redner schliesst mit dem Wunsch, es möchten bei der Seltenheit des Materials gut beobachtete, nach antiseptischen Grundsätzen behandelte Fälle veröffentlicht werden.

In der Discussion erwähnt Dr. *Steiger* (Luzern) einen Fall von Carcinom des Cervix mit Querlage des Kindes und beginnender Geburt; er wartete damals ca. 36 Stunden zu, machte dann tiefe Incisionen nach verschiedenen Seiten, eröffnete die Blase, führte die Wendung aus und konnte die Geburt beendigen. *Steiger* empfiehlt sehr die tiefen Einschnitte in solchen Fällen; dieselben müssen so tief sein, dass sie das Einführen von Instrumenten gestatten.

(Fortsetzung folgt.)

Referate und Kritiken.

Ueber die Verletzungen des Auges durch Fremdkörper.

Inaugural-Dissertation von *Hch. Weidmann* von Embrach. Zürich, Genossenschafts-Buchdruckerei. 1888. Herrn Prof. *Haab* gewidmet. 91 Seiten.

In Betracht genommen sind nur feste Fremdkörper, die im Auge längere oder kürzere Zeit verweilen und künstlich entfernt werden müssen. Die Untersuchung umfasst die Fremdkörper-Verletzungen auf der Augenklinik in Zürich und in der Privatpraxis des Herrn Prof. *Haab* während der letzten 10½ Jahre. Am häufigsten sind die Eisen- und Stahlsplitter, die bei der Bearbeitung des Eisens oder auch des steinigen Erdbodens mit eisernen Hacken den Arbeitern ins Auge dringen, seltener Kupfersplitter von Patronen und Zündkapseln und Glassplitter. Häufig, aber weniger gefährlich sind Verletzungen der Bauleute durch Mörtel, Kalk oder Steine, Holzsplitter und Sägespähne, ferner unschuldigere Verletzungen durch Fremdkörper pflanzlichen, thierischen und mineralischen Ursprungs, wie Samen, Insekten, Kohlenpartikel u. s. f., die in der Binde- oder Hornhaut stecken. Nachdem Verf. einiges Allgemeine über Grösse, Form, Gestalt und Propulsiv-

kraft der Fremdkörper, sowie über den Durchgang derselben durch die verschiedenen Augenmedien vorausgeschickt, theilt er dieselben nach ihrem Sitze ein in solche, welche in den äussern Augenmembranen stecken bleiben, und in penetrirende der vordern Kammer, Iris und Linse, und solche des hintern Augenraumes.

Die bearbeitete Statistik erstreckt sich auf 30,000 Kranke, wovon 61,7 % auf die Spitalpraxis und 38,3 % auf die Privatpraxis des Herrn Prof. *Haab* fallen. Sie ergiebt 1762 Fremdkörperverletzungen = 56,04 % sämmtlicher Verletzungen (3144) und 5,87 % sämmtlicher Kranken. Von diesen 1762 Verletzungen fallen 298 = 16,91 % auf die Bindehaut, 1316 = 74,68 % auf die Hornhaut. Die Behandlung der erstern bietet keine Schwierigkeit; bei den letztern kommt es wesentlich darauf an, ob der Fremdkörper Infectionsträger ist oder nicht, und ob er tief in die Hornhaut eingedrungen oder nur oberflächlich sitzt. In die vordere Kammer ragende Splitter können zuweilen mit dem Magnet entfernt werden, doch sind sie mit einer Lanze hinter der Cornea festzuhalten. Sterilisirte Cocainlösung, Antisepsis und Verband bis zum Wiederersatz des zerstörten Epithels werden zur Vermeidung der Infection gefordert. Fremdkörper der Sclera sind selten und blos 8 Fälle davon verzeichnet; ihre Entfernung ist oft schwierig, ja unmöglich, wenn sie den Binnenraum des Auges durchlaufen haben und in der hintern Scleralmembran stecken geblieben sind. Auch auf die vordere Kammer trifft es die kleine Zahl von blos 7; ihre Entdeckung daselbst ist oft schwierig, da sie wegen Kleinheit und peripherer Lage durch das Scleralbord verdeckt oder wegen Irispigmentfleck-ähnlicher Farbe übersehen werden. Reizung des Auges, ein Narbenfleck auf der Hornhaut und allenfalls Empfindlichkeit der vom Fremdkörper beunruhigten Stelle bei Berührung führen auf die Spur. Durch einen starken Magnet kann der ganz im untern Kammerfalz verborgene Eisensplitter gehoben und sichtbar gemacht werden. Ein einschlägiger Fall wird beschrieben. Die Entfernung von im Kammerfalz liegenden Fremdkörpern geschieht von Prof. *Haab* durch Anlegung eines grossen in der Hornhautperipherie liegenden Schnittes und Aufheben des Hornhautlappens, wodurch ein Einblick in das Gebiet des Fremdkörpers gestattet wird. Vermeidung einer Iridectomie ist dabei die Hauptsache. In der Iris wurden Fremdkörper 10 Mal gefunden, davon waren 8 Eisensplitter. Im Gegensatz zu früher, wo sie durch Iridectomie entfernt wurden, setzt sich der heute unter antiseptischen Cautelen unternommene Eingriff in die vordere Kammer das Fassen des Fremdkörpers ohne Iridectomie zum Ziele. Fremdkörper in der Linse, sämmtlich durch die Hornhaut eingedrungen, sind 13 Mal notirt, 8 davon als Eisensplitter; 4 Fälle endeten mit Verlust des Auges, wohl durch Infection von der vordern Kammer aus, die übrigen mit Cataract. Die Behandlung hat Immobilisation der Iris durch Atropin zum Zwecke; unter Umständen macht sie Gebrauch von Eis und Bettruhe. Sofortige Extraction des Splitters durch Entleerung der Cataract und Einführung des Magnets, wenn Entzündung eintritt, sonst Zuwarten, bis der Staar zur Operation reif ist, wobei der Fremdkörper mit demselben entfernt wird. Es wird dies durch mehrere Krankengeschichten illustrirt.

Fremdkörper im Glaskörper fanden sich 106 Mal = 6,015 % sämmtlicher Fremdkörper vor. Davon fallen 78 auf die Spitalpraxis mit 49 Eisen-, 7 Stahl-, 2 Gusseisen-, 8 Kupfersplittern, 1 Glassplitter, ferner mit 3 Schrotkörnern, 1 Disteldorn, 1 Holz-, 1 Stein- und 1 Porcellansplitter. In 4 Fällen ist die Natur des Fremdkörpers nicht bezeichnet. Der Procentsatz der Eisensplitter ist 74,35, aller übrigen Splitter 25,65.

Unter den 58 Eisensplittern fanden sich 28 von der Hacke abgesprungene Splitter, die in 24 Fällen = 85,71 % Verlust des Auges zur Folge hatten; in den übrigen 50 Fällen ist 35 Mal Verlust des Auges notirt = 70 %. Die grössere Verlustziffer der Hackensplitter wird durch die grössere Infectiosität derselben durch dem Erdboden eigenthümliche niedere Organismen [1]) und den für Microorganismen besonders günstigen Nährboden des Glaskörpers erklärt. Thatsächlich wird ein Fall aus der Privatpraxis des Prof. *Haab* citirt, wo eine Menge von Coccen in dem eitrig infiltrirten Glaskörper nachgewiesen wurden. Verletzungen des Auges durch Hackensplitter kommen hauptsächlich in ackerbautreibenden Gegenden mit steinigem Boden vor; ausserdem spielt die Qualität der

[1]) Unter den Bacterien des Erdbodens hat *H. Sattler*, Correferent über „Bacteriologie in der Augenheilkunde" an der 7. internationalen Versammlung der Augenärzte in Heidelberg im Herbst 1888, keine pyogenen Microorganismen gefunden. Ref.



Eisenwerkzeuge hiebei eine Rolle. Die Prophylaxe hat demnach an diesen beiden Punkten einzusetzen.

Aseptische Splitter können vom Glaskörper tolerirt werden, was an Hand der Krankengeschichte eines durch einen Kupfersplitter verletzten und während $4^1/_2$ Jahren beobachteten Kindes illustrirt wird. Aseptische Splitter lassen den Weg genau verfolgen, den sie zum Augenhintergrunde eingeschlagen haben. Die Eintrittsstelle in der Hornhaut ist gewöhnlich sehr klein und oft nur unter Focalbeleuchtung zu finden; bei vorderer kleiner Linsenwunde pflegt Staar erst später aufzutreten. Die wichtigste Stelle, die über das Vorhandensein eines Fremdkörpers, auch wenn er nicht gesehen werden kann, keinen Zweifel lässt, ist diejenige der hintern Linsenkapselwunde, die bei steil einfallendem Lichtkegel wegen der Durchsichtigkeit des vordern Linsentheiles noch leicht zu sehen ist und immer ein deutlich klaffendes Oval von horizontaler, schiefer oder vertikaler Richtung mit umgeschlagenen Rändern der Hinterkapsel bildet. Die Linsensubstanz selbst tritt pfropfförmig in den Glaskörper ein. Die beiden Linsenwunden scheinen manchmal durch einen weisslichen fadenförmigen Streifen verbunden. Durch Rotationen des Splitters können verschieden aussehende Perforationswunden an den Einbruchsstellen entstehen, die nicht mit einander zu harmoniren scheinen. Von Bedeutung für die Auffindung des Splitters im Glaskörper kann ferner die Entdeckung einer Anschlagsstelle an der hintern Augenwand sein. Verschiedene Krankengeschichten, Prognose und Therapie von Splittern im Glaskörper werden besprochen. Während früher die Prognose absolut schlecht war, d. h. immer den Verlust des Auges aussprach, bringt heute die Therapie mit Electromagnet und Antisepsis $^1/_3$—$^2/_5$ der verletzten Augen davon, vorausgesetzt, es stosse der operative Eingriff nicht auf ein septisch entzündetes Auge.

Es wird indess bezüglich der Prognose der Fremdkörper im Glaskörper darauf hingewiesen, dass ein auch nur kurzes Verweilen des Splitters im Glaskörperraum ein Erkranken der sehr vulnerablen Macula lutea, ähnlich wie bei blosser Contusion des Bulbus zur Folge haben kann, ebenso wie Glaskörperblutung nach glücklich erfolgter Splitterextraction dem Sehen Gefahr drohen kann. Bei einem bereits septisch inficirten Auge soll die Splitterextraction nicht versucht werden, da es nachträglich doch der Enucleation verfällt. Wo man über den Sitz des Eisensplitters im Ungewissen, da ist der Extractionserfolg ein zweifelhafter; weniger da, wo man die Stelle des Sitzes mit einiger Sicherheit erschliessen kann. Splitter, die auf dem schwierigen Wege mit der Pincette entfernt werden sollen, müssen genau localisirt sein; ein Exsudat um dieselben kann das Fassen erleichtern. Die Extraction soll stets, um Glaskörperverlust zu verhüten, in tiefer Narcose vorgenommen werden und von strengster Antisepsis begleitet sein.

Fremdkörperverletzungen der Netzhaut fanden sich unter den 30,000 Patienten der Statistik 3 Mal und zwar jedesmal durch Eisensplitter. Alle diese Verletzungen führten zum Verlust der betroffenen Augen.

78 in der Spitalpraxis behandelte Glaskörperverletzungen durch Fremdkörper sind in einer Tabelle nach Geschlecht, Alter, Beruf und Heimath der Betroffenen, nach Natur und Sitz des Fremdkörpers, Operation und Endausgang übersichtlich zusammengestellt.

Zum Schlusse wird prophylactisch dem allgemeineren Gebrauche der Schutzbrille, der Verwendung bessern Materials zur Werkzeugfabrication, sowie der periodischen Untersuchung der Hacken auf Risse und Abblätterungen das Wort geredet.

Die mit Rücksicht auf die hohe Bedeutung der Fremdkörperverletzungen des Auges etwas weiter ausgeholte Besprechung der vorliegenden gründlichen Dissertationsschrift möge dem Arzte ein Hinweis zum eingehenderen Studium derselben werden, denn von der ersten Behandlung und Führung des Kranken hängt vielfach das Schicksal des verletzten, zuweilen auch noch des unverletzten Auges dazu ab.

Zweifellos ist die Arbeit eine werthvolle Bereicherung der Litteratur über Fremdkörperverletzungen des Auges und ihre Behandlung.

Aarau. *Zürcher.*

Der Abdominaltyphus nach langjähriger Beobachtung.

Von *F. Seitz.* Stuttgart, Enke. 1888. 192 S.

Der Hauptwerth des vorliegenden Werkes besteht wohl darin, dass in demselben die Resultate einer persönlichen sich über 50 Jahre erstreckenden Erfahrung eines und

desselben Beobachters niedergelegt sind und so eine durch diese Einheitlichkeit der Beobachtung besonders werthvolle Localgeschichte des Typhus für München geliefert wird. Unter den 6 Hauptabschnitten, in die das Buch zerfällt, wird besonderes Gewicht gelegt auf Abschnitt 1, „Vorkommen des Typhus in München", wo wir an Hand statistischen Materiales und reicher localer Daten die Ausbreitung des Typhus in den 30er Jahren, seine Akme in den Jahren 1840 und 1858 und sein stetes Zurückgehen, besonders seit 1880 verfolgen können. Die Capitel über Symptomatologie und Leichenbefund werden, weil auch aus andern Quellen leicht zu studiren, kürzer behandelt. In dem wieder eingehender behandelten Capitel über die Aetiologie hält Verf. bei völliger Anerkennung der neuen bacteriologischen Gesichtspunkte durchaus an 2 ätiologischen Hauptmomenten fest, an der örtlichen Disposition (Verunreinigung des Untergrundes, schlechte, überfüllte Wohnungen etc.) und einer zeitlichen (trockene Witterung bei niederem Grundwasserstand etc.). Ein gut ausgewähltes, nicht ermüdendes casuistisches Material unterstützt jeweilen die einzelnen Ausführungen des Verfassers. Die Lectüre des Werkes, auf dessen reichhaltige Einzelheiten hier nicht kann eingegangen werden, sei des besten empfohlen.

Rütimeyer.

Beiträge zur Lehre von der Localisation im Gehirn und über deren practische Verwerthung.

Von Prof. *E. Leyden* und Dr. *Jastrowitz* in Berlin. Leipzig und Berlin, bei Gg. Thieme. 1888. S. 82.

Der Schrift der Verf. liegen Vorträge zu Grunde, die dieselben im Verein für innere Medicin in Berlin hielten. Die Mittheilungen *Leyden*'s sind kurz und beschränken sich wesentlich darauf, auf Grund zweier Beobachtungen die Ergebnisse *Nothnagel*'s über die Localisationen in der Hirnrinde vollinhaltlich zu bestätigen (v. Corr.-Blatt für Schweizer Aerzte Bd. XVIII, 14).

Der Löwenantheil an der Arbeit kommt *Jastrowitz* zu. Wenn ich bei der Besprechung der *Nothnagel-Naunyn*'schen Referate zum Schluss kam, dass ihr Inhalt das wissenschaftliche Eigenthum jedes gebildeten Arztes werden müsse, ist dagegen die Arbeit von *Jastrowitz* der Art eingehend und umfassend, dass sie den grössten Theil dessen enthält, was wir überhaupt über die Pathologie des Hirns wissen und kennen. Im Beginne seiner Arbeit rechtfertigt der Verf. die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten im Allgemeinen. Im weiteren Verlaufe sucht er auf Grund unserer hirn-pathologischen Kenntnisse und seiner speciellen Erfahrungen mit grossem Scharfsinn und vorzüglicher Critik alles zusammen, was uns eine locale Diagnostik der Hirnkrankheiten ermöglicht. Die Schwierigkeiten dabei lassen sich daraus ermessen, dass Verf. zum Schluss kommt, dass „unsere Wissenschaft bezüglich der Hirnfunctionen noch auf keinem Punkte feststeht." Er fasst in 5 Sätzen das gegenwärtig vorliegende thatsächliche Material zusammen und verwerthet dasselbe an 7 eigenen Beobachtungen, geleitet von in den Text gedruckten Abbildungen, die schematisch unsere hirn-pathologischen Kenntnisse darstellen. Von besonderem Interesse sind dabei die Verwerthung der *Goltz-Læb*'schen Experimente (S. 33 bis 36) und die kritische Besprechung unserer Kenntnisse über die Localisation der cerebralen Sensibilitätsstörungen (S. 60—75). Zum Schlusse führt der Verf. die speciellen Indicationen zur chirurgischen Behandlung der Hirnkrankheiten an, wie sie sich aus unsern jetzigen Kenntnissen ergeben. Ich schliesse mein Referat mit den Schlussworten des Verfassers. „Wenn anscheinend nicht viel durch diese Operationen zu gewinnen ist, so stehen wir doch erst am Beginn der chirurgischen Behandlung von Hirnkrankheiten, und Niemand wird von vorneherein der Wissenschaft und dem practischen Handeln, welches darauf basirt, Grenzen stecken oder dasselbe ablehnen wollen, weil häufig Irrthümer und Misserfolge es begleiten." Ich gestehe, dass ich noch kühler als der Verf. dieser Art von Behandlung gegenüberstehe.

L. W.

Zur Pathologie und Hydrotherapie des Fiebers.

Von Prof. Dr. *Wilh. Winternitz.* Klinische Studien aus der hydriatischen Abtheilung der allgemeinen Poliklinik in Wien. III. Heft. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 1888.

Gegenüber den modernen Strömungen in der antipyretischen Behandlung — einerseits therapeutischer Nihilismus, anderseits beständiges Suchen nach neuen Fiebermitteln, be-



strebt sich der wissenschaftliche Vater der Hydrotherapie den Werth der hydriatischen Antipyrese zu wahren. Es geschieht dies in zwei Aufsätzen, „Zur Pathologie und Hydrotherapie des Fiebers“ und „Historisches und Kritisches zur Antipyrese“. Das Facit lässt sich in zwei Citaten zusammenfassen:

„Es wäre ein schlimmer Rückschritt, wenn die hydriatische Behandlungsmethode wieder in Vergessenheit gerathen sollte“ *(Naunyn)*, und „Die grossen Erfolge der Bäderbehandlung erklären sich durch die Einwirkung der Bäder auf die Respiration, auf das Nervensystem, auf die Haut, die Nieren u. A. — Dass die Bäder ausserdem auch das Fieber herabsetzen, ist eine vielleicht günstige Nebenwirkung derselben, aber darin liegt nicht ihr Hauptwerth“ *(Strümpell)*.

Calorimetrische Untersuchungen über die Grösse der Wärmeabgabe von der Körperoberfläche, ausgeführt von Schülern von *W.*, bilden den Schluss. *Münch.*

Der Militärarzt im Felde.

Mit gleichmässiger Berücksichtigung der deutschen und österreichischen Vorschriften.
Von Dr. *W. Derblich*, k. k. Oberstabsarzt I. Cl. d. R.
Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg. 1888. 192 S.

Ein handliches Büchlein, in welchem der kriegsgewohnte Verfasser „angesichts des deutsch-österreichischen Bündnisses und in der Voraussicht, dass bei einem etwaigen feindlichen Angriff beide Heere Schulter an Schulter bei einander kämpfen,“ in kurzen Zügen über die Stellung und die Pflichten des Militärarztes in allen Lagen zu orientiren sucht. Die ersten Abschnitte, über die persönliche Mobilisirung (resp. Ausrüstung des Arztes) und den militärärztlichen Dienst bei der Truppe, sind auch für unsere Verhältnisse recht instructiv.

Leider stört das bekannte Oesterreicher-Deutsch einigermaassen den Genuss der Lectüre. *Münch.*

Die Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.

Von Prof. Dr. *Carl Schröder* in Berlin. 8. Aufl. 1887. (Mark 10.)
(Von *Ziemssen*'s Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, X. Bd., 8. Aufl.)

S. Handbuch, das nun in 8. Auflage erschienen, ist bei Studirenden und Aerzten so bekannt und beliebt, dass eine Empfehlung desselben unnöthig ist. In klarer, leicht fasslicher Weise führt uns der geschätzte Verfasser alles Wesentliche der Gynäkologie vor. Die ganze Ausstattung des Buches lässt nichts zu wünschen übrig. Diese Auflage, im Uebrigen wesentlich ein Abdruck der 7., bringt uns nebst einem Bilde *Schröder*'s einen kurzen Nachruf seines Schülers Dr. *J. Veit.* Ein Theil des Werkes wurde noch vom Verfasser selber durchgesehen, nach dessen am 7. Februar 1887 erfolgtem Tod von Dr. *J. Veit*, welcher bereits bei der Umarbeitung und Herausgabe der vier vorhergehenden Auflagen thätig war. *Tramér* (Basel).

Luxation habituelle de la rotule.

Traitement opératoire par le Dr. *Roux*, chirurgien de l'hôpital cantonal à Lausanne.
Revue de chirurgie 1888. Extrait.

So wenig im Ganzen eine nicht reponirte, veraltete Luxation der Patella ihren Träger genirt, so lästig und störend ist die habituelle Luxation dieses Knochens, jener Zustand, bei dem die Kniescheibe — für gewöhnlich am richtigen Platze — jeden Augenblick durch irgend eine Bewegung, einen Muskelzug dislocirt werden kann und den betr. Menschen für den Moment marschunfähig macht. Dr. *Roux* in Lausanne hat ein mit diesem Leiden behaftetes 18jähriges Mädchen durch ein von ihm in der Revue de chirurgie beschriebenes operatives Verfahren dauernd und gründlich geheilt. Es handelte sich um eine Kniescheibenluxation nach aussen, welche (4 Jahre vorher durch ein Trauma entstanden) bei jeder Contraction des Vastus externus recidivirte.

Die Operation geschah in folgender Weise:

1. Ein nach aussen und oben convexer, 9 cm. langer, in $1^1/_2$ cm. Entfernung vom Patellarrande und parallel diesem geführter Schnitt durchtrennt den fibrösen Ansatz des Vastus externus, wodurch dessen Zug auf den äussern obern Quadrant der Kniescheibe aufhört.

2. Ein 15 cm. langer Schnitt umschneidet von oben nach unten den innern Rand der patella (in circa $1^1/_2$ cm. Entfernung vom Rande) und geht längs des innern Randes der Patellarsehne bis zu deren unterer Grenze.

3. Die dadurch blossgelegte seitliche, innere Patellaraponeurose wird, weil — wie vermuthet — zerrissen vorgefunden, an der Rissstelle angefrischt und mit Catgut sorgfältig vernäht. Dadurch ist die Patella in normaler Lage fixirt.

4. Der längs der Patellarsehne verlaufende Theil des sub 2 beschriebenen Schnittes wird bis auf den Knochen geführt, dann die Haut von der Patellarsehne losgelöst, nach aussen gedrängt und am äussern Rande dieser Sehne, mit ihm parallel, ein zweiter Schnitt (gewissermaassen subcutan) ebenfalls bis auf den Knochen geführt.

5. Ein dreieckiges Stück des Periostes der Tibia (Basis des Dreiecks — etwa 1 cm. breit — nach oben) wird neben dem innern Rande der Patellarsehne resecirt.

6. Die Patellarsehne wird vermittelst eines Raspatoriums mit sammt dem zugehörigen Periost von der tibia abgehoben, wobei man sorgfältig die Continuität am untern Ende der Sehne und mit dem Tibia-Periost schont.

7. Man zieht die so beweglich gemachte Patellarsehne nach innen auf die sub 5 geschilderte, von Periost entblösste Stelle und fixirt sie dort mit zwei in den Knochen dringenden Stahlnägeln.

8. Um das Einwärtsrollen des innern Patellarsehnenrandes zu verhindern, vereinigt man denselben durch Catgutnähte mit dem Periost der Tibia.

Das Resultat dieser ingenieusen Operation war ein vorzügliches. *E. Haffter.*

Ueber die modernen Gesichtspunkte in der Pathologie der Infectionskrankheiten.

Von *Hermann Sahli*. *Volkmann's* Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 319—20. Leipzig, 1888.

In vortrefflicher Weise stellt der eben sein Amt antretende medicinische Kliniker Berns die leitenden Gedanken zusammen, welche die Bacteriologie beherrschen, diese jüngste und ausserordentlich rasch höchst fruchtbare Disciplin.

Die wichtigsten Ergebnisse und Streitpunkte in der Arbeit von Hunderten fleissiger Forscher sind auf wenigen Bogen vereint.

In kurzen Notizen und reichen Litteraturangaben ist der Gang angedeutet, den die Wissenschaft genommen, bis sie den kleinsten Lebewesen die grosse Rolle zuwies, Ursache der ansteckenden Krankheiten zu sein. Wie überfallen sie den Menschen; wie erwehrt sich der Organismus derselben; wo liegt die Handhabe für die Heilkunde, demselben im Kampfe beizustehen?

Der Eine wird sich freuen über die klare, ruhig kritische Darstellung des Bekannten; der den Quellen der Litteratur ferner Stehende kann in kürzester Zeit sein Wissen werthvoll bereichern; Jeder muss beim Lesen des schönen Aufsatzes hohe Befriedigung empfinden über den grossen Fortschritt in unserer Erkenntniss der Krankheitsvorgänge. *Seitz.*

Die Entzündung der peripheren Nerven

(Polyneuritis, Neuritis multiplex), deren Pathologie und Behandlung.
Zwei Vorträge, gehalten in der militärärztlichen Gesellschaft zu Berlin von Prof. Dr. *E. Leyden.*
Mit 1 Tafel. Berlin, E. S. Mittler & Sohn, 1888.

Der Verfasser, der sich schon um die Aufstellung der Krankheitsform Verdienste erworben, gibt eine lehrreiche und sehr lesenswerthe Uebersicht über den gegenwärtigen Stand unseres Wissens von der multiplen Neuritis.

Die verschiedensten peripheren Nerven können Sitz der Entzündung werden. Bald ist es ein Ueberwiegen der entzündlichen Reizungserscheinungen, Zellwucherung, Exsudation, Blutung, neben der Nervendegeneration; bald besteht der Vorgang wesentlich im Untergang der Nervenfasern.

Empfindung, Muskelkraft, Zusammenordnung der Bewegungen und Muskelwachsthum kann gestört werden. Indem diese oder jene Nervengebiete mit Vorliebe befallen werden, indem die Krankheit über weitere oder engere Grenzen sich ausbreitet, indem die Grundstörungen verschieden sich combiniren, entstehen höchst mannigfache Krankheitsbilder. Vorwiegend sind die Extremitäten und zwar doppelseitig betroffen, und die Lähmung meist von Muskelatrophie gefolgt. Der Verlauf ist chronisch bis höchst acut. Es kann der Anschein einer sehr schweren, rasch aufsteigenden Rückenmarkserkrankung entstehen.



Ebenso verschiedenartig wie die Erscheinungen sind die Krankheitsursachen. Vergiftungen: Blei, Phosphor, Arsenik, Kohlenoxyd, Schwefelkohlenstoff, Anilin, Ergotin, Quecksilber, Alcohol, Aether; Pilze: Diphtherie, Scharlach, Masern, Pocken, Typhus, Beri-Beri, Pneumonie, Sepsis, Erysipel, Syphilis. Allgemeine Ernährungsstörung: Blutarmuth Greisenthum, Zuckerkrankheit, tuberculöse und Krebskachexie; auch Erkältung und Ueberanstrengung.

Heben wir nur noch einmal besonders hervor, dass dahin gehören Bleilähmung, diphtherische Lähmung, andere Neuritiden durch Infectionen, die Entartungen peripherer Nerven bei ächter Tabes und die Pseudotabes, wo sensible, motorische und atactische Störungen bloss auf Erkrankung peripherer Nerven beruhen, so wird Jeder ersehen, welch hohes wissenschaftliches Interesse, welche praktische Wichtigkeit dieser Krankheitsgruppe zukommt. *Seitz.*

Cantonale Correspondenzen.

Bern. Zum telephonischen Nachweis metallischer Fremdkörper. Während des letzten Truppenzusammenzuges kam ich in den Fall, eine Methode zum Nachweis einer im menschlichen Körper steckenden Kugel zu versuchen, die ich durch einen Vortrag des Herrn Dr. *Kaufmann* in Zürich an der letzten Naturforscherversammlung in Solothurn kennen lernte. Die aus Amerika stammende Methode beruht darauf, dass durch Entstehung schwacher electrischer Ströme oder durch Schwankungen in der Intensität derselben in einem gewöhnlichen Hör-Telephon deutlich hörbare Geräusche erzeugt werden. Wenn es sich darum handelt, eine im menschlichen Körper steckende Kugel nachzuweisen, so wird die eine Klemmschraube eines Hör-Telephons mittelst Kupferdraht und einer in den Mund des Patienten gesteckten Electrode — jeder silberne Löffel kann dazu dienen — mit dem Körper des Verletzten in leitende Verbindung gebracht. Die andere Klemmschraube wird ebenfalls mittelst eines Kupferdrahtes mit einem beliebigen, zur Aufsuchung oder Extraction der Kugel dienenden Metallinstrument — durch mehrfaches Umwickeln mit dem von Seide entblössten Draht — verbunden. Sobald nun das suchende Instrument im Körper auf einen metallenen Gegenstand stösst, so erfolgt durch diesen Contact eine Stromschwankung, die genügt, um im Telephon einen deutlichen „Knacks“ hervorzurufen. Der Untersuchende, der das Telephon an das Ohr hält oder halten lässt, weiss also beim Hören dieses Geräusches, dass er jetzt auf den gesuchten Gegenstand gestossen ist und kann sich durch modificirtes Sondiren ein Urtheil über Grösse, Form und Lage des Fremdkörpers bilden, oder wenn er ein Extractionsinstrument, Kugelzange oder Aehnliches, mit dem Telephon combinirt hat, gleich die Extraction anschliessen. Man braucht also zu diesem Experiment weder eine Batterie noch sonst complicirte Apparate, und es kann sich jeder Telephonbesitzer dasselbe vorführen, wenn er den menschlichen Körper durch ein Gefäss mit Wasser ersetzt, in das er auf der einen Seite eine Electrode, auf der andern einen Metallgegenstand legt. Wenn er nun mit der Telephonsonde diesen Gegenstand berührt, wird er im Telephon das entsprechende Geräusch hören.

Wenn ich diese Methode hier kurz skizzirt habe, trotzdem schon ein öffentlicher Vortrag darüber gehalten wurde, so geschieht es, weil nur wenige Collegen im Falle waren, den *Kaufmann*'schen Vortrag zu hören; wenn ich einen Fall publicire, in dem mich die Methode im Stich gelassen hat, so thue ich es, weil ich leider keinen für dieselbe günstigeren mitzutheilen habe und weil ich glaube, es dürfte meine Mittheilung dennoch die Collegen veranlassen, bei der leichten Improvisirbarkeit des benöthigten Instrumentars das Telephon gelegentlich als Kugelsucher zu verwenden, und dann vielleicht mit mehr Erfolg als in meinem Fall.

Am 1. September, Morgens vor 7 Uhr, wurde Gottfried Rösch, Metzger in der Verwaltungscompagnie Nr. 4, in das Krankenhaus Langenthal gebracht. Der ihn begleitende Corpsarzt, College *Ithen* aus Zug, erklärte mir, Patient sei, hinter einem mit der bekannten Schussmaske zu tödtenden Ochsen stehend, von der Stahlkugel in den Oberschenkel getroffen worden, trotzdem das Thier in richtiger Weise auf den Schuss gefallen sei.[1])

[1]) Die Section des Ochsen ergab, dass die Kugel Schädel und Gehirn durchbohrt, den Querfortsatz des I. Halswirbels gesplittert und von da seitwärts abweichend auf der rechten Seite die Halshaut durchbohrt hatte.



Unmittelbar nach der Verwundung sei R. noch ca. 20 m. weit gegangen und habe sich erst gesetzt, als er die nicht sehr starke Blutung bemerkt habe. Patient wurde dann sofort mit einem antiseptischen Nothverband in den Spital gebracht und ich sah ihn etwa $^3/_4$ Stunden nach der Verletzung. Es fand sich in der Mitte der Vorderfläche des rechten Oberschenkels etwas nach aussen von den Gefässen eine ca. 4 cm. lange, horizontal verlaufende, unregelmässige Wunde, die kaum mehr blutete. Da eine Verletzung des Knochens und der grossen Gefässe und Nerven sicher auszuschliessen war, wurde einfach ein grosser Occlusivverband angelegt, indem ich es unentschieden liess, ob die Wunde ein Streifschuss oder ein Einschuss sei, ob also die Kugel noch im Oberschenkel sitze oder nicht. Diesem Zweifel wurde schon durch die Temperatur des ersten Abends von 39,8° ein Ende gemacht und die weitere Temperaturcurve, sowie das Auftreten einer copiösen, stinkenden Eiterung liess mit Sicherheit die Anwesenheit der Kugel und vielleicht von Tuchfetzen annehmen. Am 4. September ging ich zur Orientirung mit einer Uterussonde in den Schusscanal ein und gelangte 12 cm. weit an der Aussenseite des Femur nach hinten, ohne aber auf die Kugel zu stossen. Indessen hatte sich an der Hinterseite des Schenkels unter der rechten Hinterbacke eine leichte Schwellung und Röthung gebildet, die auf Druck etwas schmerzhaft war. Ich dachte nun eventuell von hier auf die Kugel zu kommen, beschloss aber zugleich das erwähnte Verfahren zu versuchen und that das am 6. September. Ich verband eine Uterussonde mit dem Telephon und untersuchte gründlich den Schusscanal, kam aber nicht auf die Kugel, was ich aus dem Schweigen meines Fernsprechers entnahm. Hernach machte ich an der Hinterseite des Oberschenkels über der erwähnten Anschwellung eine etwa 10 cm. lange Incision durch Haut und Fascie. und ging nun mit einer spitzen Sonde (Stricknadel) durch die Muskulatur ein; leider waren aber auch diese Bemühungen vergeblich, das ersehnte Geräusch im Telephon wollte sich nicht einstellen, und ich musste den Versuch als missglückt abbrechen, da die Nähe der grossen Gefässe und Nerven ein rücksichtsloses Vorgehen verbot.

So war ich denn soweit als wie zuvor; ich wusste, dass eine Kugel im Oberschenkel des R. steckte, hatte aber keine Anhaltspunkte, um ihren Sitz bestimmen zu können. Ich beschloss also abzuwarten, bis ein beginnender Abscess oder sonst ein Zeichen mir weitere Wegleitung gäben, liess die gemachte Incision, um sie vielleicht später zu benutzen, offen und nahm das reichliche Secret in täglich gewechselten Sublimatverbänden auf.

Ein Militärdienst rief mich leider am 8. September fort und so kam es, dass mein Stellvertreter, Herr College *Kummer* jun., den Fall operativ vollendete. Demselben gelang es am 11. September mit sehr grosser Schwierigkeit und enormer Blutung das Geschoss am Trochanter minor zu finden und zu extrahiren, nachdem er sich durch mehrfache, ergiebige Incisionen den Weg gebahnt hatte. Eine zum Zweck der Blutstillung gemachte Unterbindung der Femoralis in loco electionis überstand Patient gut und befindet sich gegenwärtig (15. October) in vollster Reconvalescenz, beinahe geheilt.

Wenn ich mir anknüpfend an diesen Fall eine Bemerkung erlauben darf, so ist es namentlich die Aufforderung, von dem geschilderten Verfahren nicht mehr zu verlangen, als es leisten kann. Ich halte die Methode für sehr brauchbar in Fällen, wo man über den Sitz der Kugel einige Anhaltspunkte hat und namentlich, wenn Organe betroffen sind, in denen man sich mit der Sonde leicht orientiren kann. Wenn aber der Sitz des Geschosses vollständig unsicher ist, oder sich dasselbe in einem sehr voluminösen oder solchen Organe befindet, dessen Consistenz nach keiner Richtung der Sonde orientirende Anhaltspunkte bietet (Lunge, Bauchhöhle), so wird auch mit dieser Methode nicht mehr erreicht werden, als mit der blossen Sonde. In solchen Fällen träte dann das zweite von Dr. *Kaufmann* in Solothurn demonstrirte Instrument in sein Recht, die allerdings complicirtere Inductionswaage, die durch die unversehrten Weichtheile hindurch mittelst des Telephons den Sitz von metallenen Fremdkörpern bestimmen lässt.

In meinem Fall war anfangs der Sitz der Kugel zu unbestimmt und der sehr massige Oberschenkel ein zu weitläufiges Operationsfeld; daher mein Misserfolg. Am brauchbarsten wird die Methode wohl bei Kugeln sein, die im Knochen stecken, und wo die blosse Sonde zur Unterscheidung der beiden harten Substanzen nicht ausreicht. Vor allem dürfte das Telephon in einem künftigen Feldzug als Kugelsucher schätzbare Dienste

leisten, namentlich auch weil das nöthige Instrumentar einfach und leicht zu beschaffen ist.
W. Sahli (Langenthal).

St. Gallen. † **Dr. Carl Girtanner,** der zweite Senior der St. Gallischen Aerzte, ist sehr bald dem ersten nachgefolgt.[1]) Die späte Herbstsonne beleuchtete einen gewaltigen Leichenzug. Den Wagen schmückten viele Palmzweige und Kränze, voran diejenigen des Gewerbevereins und der Naturwissenschaftlichen Gesellschaft, am Schlusse der Lorbeerkranz des Aerztevereins. Das Geleite war eine Heerschau der Alten und manche Gestalten, die sonst selten mehr zum Vorschein kommen, standen weinend am Wege. Das Grablied sangen auf dem Friedhofe die Kinder der Rettungsanstalt, deren Arzt, Berather und Mitbegründer der Verstorbene gewesen; und nachher ging's zum Trauergottesdienst. Damit ist der ganze Lebenslauf des Vollendeten symbolisch gezeichnet. Der kleine, freundliche, rastlose Mann gehörte durch viele Jahrzehnte zum Begriffe St. Gallischen Lebens, er war überall, wo es zu arbeiten gab für Schule und Kirche, für Gewerbe und Naturwissenschaften, für den ärztlichen Verein und für seine Familie, ganz besonders aber für seine früher sehr grosse, und dann auch bis in sein Greisenalter ausdauernde Praxis. Der Verstorbene wurde geboren im September 1802, war ein Neffe des bekannten Göttinger Professors *Girtanner*, der Sohn einer grossen und begüterten Familie, als Kind schwächlich und etwas rhachitisch. Er begann seine Studien an der alten medicinischen Schule zu Zürich, setzte sie fort zu Göttingen bei *Blumenbach*, *Himly* und *Langenbeck I*, sowie zu Paris, unter *Cuvier*, *Dupuytren* und *Larrey;* abgeschlossen hat er sie nie, sondern immer Fühlung mit dem Gange der Wissenschaft behalten. *Blumenbach* und *Cuvier* wollten ihn bewegen, sich der Zoologie zu widmen, ihn aber fesselte die Medicin und nebenbei die Botanik. Er war durch Jahrzehnte ein eifriger Sammler und Bergsteiger, immer ein grosser Frühaufsteher, gegen sich selber ein Stoiker, gegen Andere ein Philantrop.

Der Arzt hatte die Freude, einen seiner Söhne als würdigen Collegen und sehr angesehenen Naturforscher zu begrüssen.

Vorigen Herbst gedachte er in aller Stille die Jubelfeier nach 60jähriger Praxis zu begehen, der ärztliche Verein von St. Gallen aber feierte das seltene Ereigniss und den lieben Collegen lauter und demonstrativer. Er erklärte damals, dass er ganz aufgelegt wäre, noch einmal 60 Jahre zu practiciren. Wer kann so bescheiden und so muthig zugleich sich solcher Berufsfreudigkeit rühmen! Dieser Mann war mit seinen 86 Jahren noch viel zu jung, um blasirt zu sein.

Mitten in dem vollen Leben und in der regelmässigen ärztlichen Arbeit brach er apoplectisch zusammen, den 18. October. Wir legen den immergrünen Lorbeerkranz auf das Grab des perennirenden Ehrenmannes!
Sonderegger.

Wochenbericht.

Schweiz.

— Herr Prof. *Eichhorst* in Zürich empfiehlt (Originalmittheilung in der Wiener Med. Presse, Nr. 42) auf Grund zahlreicher Erfahrungen gegen putride Processe der Luftwege den **innerlichen Gebrauch des Myrtols.** Dasselbe soll hinsichtlich Sicherheit und Schnelligkeit der Wirkung alles bisher Angewandte (Terpentin, Carbolsäure und Aehnliches) weit übertreffen. Wenn Jemand eine Gelatinkapsel mit 0,15 Myrtol verschluckt hat, so nimmt seine Ausathmungsluft nach ca. 1 Stunde deutlichen Myrtolgeruch an und behält ihn während 24—48 Stunden. Zur Bekämpfung putrider Lungenprocesse sind 2stündlich 1—2 Myrtolkapseln (0,15—0,3 Myrtol) nothwendig; der Erfolg ist aber schon nach einigen Dosen (meist nach wenig Stunden) ein eclatanter. Der stinkendste Auswurf — Caverneneiter, Lungengangrän, Lungenabscess, perforirtes Empyem — verliert seinen üblen Geruch sehr rasch und duftet nach Myrtol. Ja — bei der Section eines an Gangræna pulmonum verstorbenen Phthisikers — war „von einem unangenehmen und faulen Geruch nirgends die leiseste Andeutung vorhanden; alle Organe, am stärksten aber Lungen und Magen, gaben den angenehmen Geruch des Myrtols von sich.“ Das

[1]) Dr. *Jung* in Wyl.

Myrtol bekämpft aber nicht nur die faulige Zersetzung, sondern es vermindert auch die Menge des Auswurfes. Dagegen ist es durchaus ohnmächtig gegenüber der Entwicklung und Ausbreitung von Tubercelbacillen. Myrtolduftende Sputa können deren in reichlichster Menge enthalten.

— Wie auf pag. 538 dieses Jahrganges zu lesen ist, hat die medicinisch-chirurgische Gesellschaft des Cantons Bern beschlossen, ärztliche Fortbildungscurse in der Form von allmonatlich abzuhaltenden klinischen Aerztetagen zu instituiren.

Der erste derartige Aerztetag findet nun Mittwoch den 21. November in Bern statt mit folgendem Programm: 8—9½ Chirurgische Klinik von Herrn Prof. *Kocher*, 9½—11 Medicinische Klinik von Herrn Prof. *Sahli*, 11—12 Augenklinik von Herrn Prof. *Pflüger*, 12—1 Geburtshülflich - Gynäcologische Klinik von Herrn Prof. *Müller*. ½2—3 Gemeinsames Mittagessen im Schweizerhof. 3—5 Vortrag von Herrn Prof. *Kronecker* im physiologischen Institut: Ueber Physiologie des Herzens.

Am Vorabend, den 20. November, Abends 8 Uhr Sitzung des medicinischen Bezirksvereins von Bern mit II. Act im Casino. Es sind auch auswärtige Collegen freundlichst eingeladen. Gruss und Handschlag den alten Studenten mit jugendfrischem Geiste und feurigen Herzen!

Ausland.

— **Antipyrin gegen Keuchhusten** soll in kleineren Dosen gegeben werden als gegen Fieber, und zwar empfehlen *Demuth* und *Sonnenberger* ungefähr soviel Centigramme als das Kind Monate, soviel Decigramme, als das Kind Jahre zählt, zu verabreichen. Doch komme man bei ältern Kindern mit etwas herabgesetzten Dosen aus. Das Mittel wird 3 mal täglich am besten nach dem Essen, eventuell des Nachts noch eine 4. Dosis gegeben. Die Kinder nehmen es in Pulverform mit reichlich Wasser und Himbeersaft recht gern; — und es wird wochenlang ohne Nachtheil ertragen. In je früherem Stadium der Krankheit mit Verabreichung des Mittels begonnen wird, um so besser wirkt es. Nach Aufhören der Anfälle sollen kleine Dosen noch 1—2 Wochen weiter gebraucht werden.

— **Eine neue Behandlungsweise tuberculöser Processe.** In der M. m. W. Nr. 40 und 41 berichtet *Landerer* in Leipzig über seine Behandlungsmethode dieser bisher für eine directe Beeinflussung so schwer erreichbaren Affection. Eine Anzahl von Thierexperimenten sicherten zunächst die Richtigkeit der pathologisch-anatomischen Prämissen des Autors, und ermunterten zugleich zu Versuchen an Menschen, die in der That zufriedenstellende Resultate ergaben. Doch bevor wir hierüber berichten, müssen wir dem Verf. erst in seinen einleitenden Erklärungen folgen.

Um der Tuberculose therapeutisch beizukommen, kann man 2 Wege einschlagen: 1) ein innerlich zu verabreichendes Specificum (wie Quecksilber bei Syphilis, Chinin bei Malaria etc.) zu finden suchen. Das ist bisher trotz vielfältigen Versuchen nicht gelungen. 2) Die Ausheilung tuberculöser Processe künstlich zu erzielen versuchen auf die Art und Weise, wie es die Natur besorgt: nämlich durch Entzündung den tuberculösen Herd in eine solide Narbe umzuwandeln. Dass im Allgemeinen dieser natürliche Heilungsvorgang bei der Tuberculose so selten zur Beobachtung kommt, liegt entschieden nur an der Gefässlosigkeit der Tuberkel. Bei Tumor albus ist die Gefässinjection so verschwindend gering gegenüber einer eitrigen Gelenkentzündung. Deshalb zeigen tuberculöse Processe vorzüglich progredienten Charakter, werden zu Abscessen, fistulösen Geschwüren etc. — Es ist eben zu wenig Blut da und damit auch zu wenig Material zur Reparation, zur Narbenbildung.

Für die heilende Wirkung der acuten Entzündung haben wir ein Beispiel beim Erysipel, das über eine Lupusfläche weggehend oft in wenigen Tagen Besserung, selbst temporäre Heilung hinterlässt. *L.* suchte nun bei der Tuberculose statt einer bacteriellen Entzündung eine aseptische Entzündung auf chemischem Wege hervorzurufen. Nach verschiedenen Versuchen blieb er beim P e r u b a l s a m stehen, den er als ein vortreffliches Antituberculosum schätzen lernte. *Sayre* hat ihn vor Jahren zur Behandlung tuberculöser Abscesse empfohlen. Er spaltete dieselben und stopfte die Höhlung mit in Perubalsam getränkten Verbandstoffen aus. Es trat rasche Ausheilung ein. *Landerer* konnte in der That diese Angabe *Sayre*'s bestätigen. Tuberculöse Ulcera, Fisteln etc. heilten unter Einwirkung dieses Medicamentes aus, das theils in Form von Pflastern (1 Perubalsam auf 3—5 Heftpflastermasse event. noch ½—1 Theil Wachs), theils in hydrophile

Verbandstoffe imprägnirt, theils in 3—5 Theilen Aether sulfuricus gelöst applicirt wurde. Ferner wurde Perubalsam in periphere tuberculöse Herde durch subcutane Injection eingebracht als Emulsion nach folgender Formel:

Rp. Bals. peruv.
Muc. gummi arab. $\overline{aa}$ 1,0
Ol. amygdal. q. s. u. f.
emulsio subtiliss.
Natr. chlor. 0,7
Aq. dest. 100,0 M. D. S.

Es stellte sich aber bald heraus, dass der Perubalsam keine „Fernwirkung" wie lösliche Mittel (Jod, Hg. etc.) besitzt, und dass damit tuberculöse Herde im Innern der Organe, die nicht percutaner Injection zugänglich waren, von der Heilwirkung unberührt blieben. *L.* suchte auch diesen beizukommen.

Wenn wir auf die Entstehungsweise der tuberculösen Herde im Innern des Körpers zurückblicken, so müssen wir deren Entstehung unbedingt als auf embolischem Wege zu Stande gekommen, anerkennen. Das Blut hat die Bacillen vom primären Herd weggeschwemmt. Nun will *L.* ebenfalls durch das Blut das Medicament an die betreffenden Stellen hinbringen lassen. Er greift zu intravenösen Injectionen.

Der nahe liegenden Entgegnung, dass das ein Schuss in's Blaue sei, dass die Perubalsamkörnchen sich nicht gerade an den erkrankten Stellen ablagern werden, und unter Umständen an ganz unerwünschten Stellen Entzündung erregen können, werden die experimentellen Erfahrungen einer Anzahl von Forschern gegenüber gestellt, wornach corpusculäre Elemente in die Blutbahn eingebracht sich mit Vorliebe da ablagern, wo vorher eine Entzündung oder Verletzung stattgefunden habe. Also dürfe man auch erwarten, dass Perubalsamemulsion — vorausgesetzt, dass die einzelnen Körnchen der Emulsion die Grösse eines rothen Blutkörperchens nicht wesentlich überschreiten — an den tuberculös inficirten Stellen in die Gewebe übertreten. —

Wir geben nun im Folgenden das Bemerkenswertheste aus den Experimenten.

Perubalsam subcutan eingespritzt erzeugt eine mehr oder weniger schmerzhafte Verhärtung von langem Bestande. Injection in fungöses Gewebe ist schmerzlos.

Kaninchen, die wöchentlich 1—2 Mal Injectionen von $2^1/_2$, später 1% Perubalsamemulsion intravenös bekamen, gediehen vortrefflich, ohne dass bei der Section in innern Organen irgend etwas Abnormes sich hätte finden lassen.

Kaninchen (in 5 verschiedenen Gruppen) wurden durch fein verriebene tuberculöse, käsige Massen vermittelst intravenöser Injection inficirt. Nach Verlauf von 8—21 Tagen bekamen dieselben, mit Ausnahme eines Controlthieres, in kurzen Zwischenräumen Injectionen von $2^1/_2$% Perubalsamemulsion, ebenfalls intravenös. Die Controlthiere gingen in kurzer Zeit zu Grunde. Die mit Injection behandelten fristeten länger ihr Leben, wurden sogar mehrmals tuberculös inficirt. Auf alle Fälle zeigte die Autopsie in mehreren Fällen auf überraschende Weise die heilsame Wirkung des Perubalsam. Um die multiplen, in Lunge, Leber und Milz eingelagerten tuberculösen Knoten hatte sich ein starker Entzündungshof gebildet; — in fortgeschrittenen Fällen waren sie sogar von einem Ringe festen Bindegewebes umschlossen. Die tuberculösen Massen waren trocken, wie verkreidend und die Zahl der darin vorhandenen Tuberkelbacillen war eine verschwindend kleine. In einem Fall war das gesunde Lungengewebe (wahrscheinlich durch die Schrumpfung der vielen Herde) emphysematös verändert. Man bekam also, wie *L.* sagt, entschieden das Bild einer auf dem Wege der bindegewebigen Schrumpfung ausheilenden Tuberculose. —

Endlich gibt *L.* summarische Krankengeschichten über 51 Fälle von Tuberculose beim Menschen, die auf diese oder jene Weise mit Perubalsam behandelt wurden. Bei tuberculösem Geschwüre, Drüsen, Knochen- und Gelenkfungus wurde Perubalsamäther applicirt, oder die Emulsion local injicirt. Die Erfolge sind zufriedenstellend, ja bei einigen localen Processen sogar erstaunlich gut. Von Lungentuberculose waren nur 4 Fälle in Behandlung. Die intravenösen Injectionen wurden gut ertragen, hingegen ist der Enderfolg nicht besonders eclatant.

Hinsichtlich der Technik bemerkt der Autor, dass er bei fungösen Gelenkaffectionen 0,5—1,0 der 2,5% Emulsion in's Parenchym injicirt; je mehr der Fungus schrumpft, um so eher trete leichte Schmerzhaftigkeit bei der Injection auf. Meist werden die betreffenden Gelenke durch Gypsverband geschützt. Das Allgemeinbefinden der Patienten soll sich in auffallender Weise schon nach wenigen Wochen bessern. —

Zu den intravenösen Injectionen stellt sich *L.* jedesmal die Emulsion aus einer Stammlösung von 1 : 16 frisch her und macht sie mit Natronhydrat leicht alcalisch. Die Procedur der Injection erfordert einige Sorgfalt. Es folgt ihr stets ein Gefühl von Mattigkeit und Abgeschlagenheit besonders des Abends.

Am besten gestalteten sich die Resultate bei fungösen Processen, besonders solchen, die noch nicht in Vereiterung übergegangen sind. Da schrumpfen die tuberculösen Granulationen sehr schön. Ist Eiterung da, so räth *L.* event. eine Auskratzung oder atypische Resection und nachheriger Tamponade mit Perubalsamgaze etc. vorzunehmen. Daneben sollen die übrigen Regeln für die Behandlung fungöser Erkrankungen nicht vernachlässigt werden: Sool- und Seebäder, event. Arsen, gute Ernährung, event. Operationen und gute Verbände.

L. warnt davor, die intravenöse Behandlung bei schon fortgeschrittenen Lungeninfiltrationen an die Hand nehmen zu wollen. Die gesetzte Entzündung würde die Respirationsfläche verringern und damit für den Patienten eine grosse Gefahr bedingen.

Wir beschliessen damit den Auszug aus den höchst interessanten Mittheilungen des verdienten Autors und hoffen, dass diese Methode, wenn sie nicht weiter zu vervollkommnen ist, so doch mannigfache Anregung zu einem ähnlichen, activen Vorgehen gegen diese Seuche des Menschengeschlechts geben möge. *Garrè* (Tübingen).

Stand der Infections-Krankheiten.

	1888.	Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperalfieber	Ophthalmoblennorrhœa	Variola	Parotitis
Zürich u. Aussengem.	21. X.-27. X.	4	5	7	12	2	6	—	—	—	—	—
	28. X.- 3. XI.	1	—	—	12	1	1	1	1	—	—	—
Bern	14. X.-20. X.	5	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—
	21. X.-27. X.	1	—	—	—	6	—	—	1	—	—	—
	28. X.- 3. XI.	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
Basel	26. X.-10. XI.	2	20	7	23	6	4	2	—	—	—	—

In Basel betreffen 19 von den 20 Masernfällen Besucher einer Kleinkinderschule und Geschwister von solchen; nachdem etwa Mitte October ein unbehandelter masernkranker Knabe noch in der Schule verkehrt hatte, erkrankten vom 26. October bis 7. November 16 Kinder seiner Classe.

Berichtigung.

Von Herrn Dr. *Hanau*, Docent in Zürich, geht uns folgende Berichtigung zu:

„In dem Referate über meine Bemerkung in der Discussion über den Vortrag von Herrn Dr. *Müller*, Nr. 21 des „Corr.-Blattes“ pag. 668 sollte es heissen: „Dr. *H.* erwähnt . . . . . und eines Falles von Miliartuberculose, bei dem er Magenembolien, herrührend von Thromben der Lungenvenen gesehen hat, welche durch hämorrhagische Schorfbildung zur Blutung und durch Verdauung der Schorfe zur Bildung von Geschwüren führten“ (cf. *Virchow*'s Archiv, Bd. 108, p. 225 und 226).

Ferner muss ich meinen Satz (p. 669), dass in jenem Falle von Submaxillaritis die Drüse Parotisstructur gehabt, zurücknehmen, weil ich seitdem bei wiederholter Untersuchung doch noch Schleimzellen aufgefunden habe.

Briefkasten.

Dr. *Ganguillet*, Burgdorf: Da Präsident des ärztlichen Centralvereins und Redactor dieses Blattes eine Person sind, findet es der letztere für erlaubt und nothwendig, verschiedene dem erstern in freundlicher Weise zugedachte Liebenswürdigkeiten und schöne Worte in Ihrem Bericht über die Versammlung in Olten theils durchzukreiden, theils abzuschwächen und bittet deshalb um Entschuldigung. — Dr. *C. P.* in H. Peña: 3000 Meilen sind für die Gedanken keine, für das geschriebene Wort eine geringe Entfernung. Gruss. — Dr. *W.*, Lauffen: Der eine von Ihren bezüglich des Medicinalkalenders geäusserten Wünschen (Luxationen) konnte erfüllt werden; der andere ist gleichbedeutend mit Eingehen des Kalenders, was ich Ihnen privatim gerne auseinandersetzen will. — Dr. *Garrè*, Tübingen: Baader-Monument wandert in der Modification Baader-Burckhardt-Stiftung durch die Instanz der schweiz. Aerztecommission an den nächsten schweizerischen Aerztetag in Bern. Brieflich mehr. Gruss.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats.
Inserate 35 Cts. die gesp. Petitzeile.

Preis des Jahrgangs Fr. 12. — für die Schweiz, Fr. 14. 50 für das Ausland. Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. E. Haffter

in Frauenfeld.

N° 23. XVIII. Jahrg. 1888. 1. December.

Original-Arbeiten.

Ueber die Aethernarcose.

Von

Dr. Fritz Dumont,

Arzt am Diaconissenspital Salem in Bern.[1])

Seitdem viele Aerzte der deutschen Schweiz ihren Militäroperationscurs in Genf durchmachen, ist die Frage der Aethernarcose, wie man letztere dort an der *Julliard*'schen Klinik in Anwendung kommen sieht, bei uns mehr als je Gegenstand lebhafter Discussion geworden. Dieser Umstand mag es daher rechtfertigen, wenn ich Ihre Geduld für einige Augenblicke in Anspruch nehme und Ihnen die Erfahrungen mittheile, die wir seit zwei Jahren mit dieser Methode der Narcose in Bern gesammelt haben.

Mit einem langen historischen Ueberblicke über die Aether- und die Chloroformnarcose will ich Sie nicht hinhalten: ist es Ihnen doch Allen genugsam bekannt, dass der Aether durch *Jackson* und *Morton* im Jahre 1846 eingeführt, im darauffolgenden Jahre vom Chloroform so ziemlich überall verdrängt wurde und nur an wenigen Orten dem neuen Mittel erfolgreichen Widerstand leisten konnte. So blieben u. A. dem Aether treu die Schulen von Boston, Neapel und Lyon. Noch heutzutage finden Sie dort die Aethernarcose sozusagen ausschliesslich im Gebrauch. In unserm Vaterlande waren die Verhältnisse denen der meisten andern Länder analog,

[1]) Der Vortrag war für die Herbstversammlung 1888 des ärztlichen Centralvereins bestimmt, konnte aber wegen Mangel an Zeit nicht gehalten werden. Red.

d. h. auch bei uns wurde der Aether durch das Chloroform so ziemlich überall verdrängt. *Julliard*'s Verdienst ist es, die Aethernarcose in der Schweiz rehabilitirt zu haben. Er führte sie im Jahre 1877[1]) in Genf ein und ist bis zum heutigen Tage ihr Hauptförderer geblieben. Ihm folgten in mehr odèr weniger kurzer Zeit die meisten andern Genfer Aerzte, so dass gegenwärtig in Genf der Aether das Hauptanæstheticum bildet. — In der übrigen Schweiz breitete sich die Methode nur langsam aus. Consequenterweise wurde sie in Lausanne erst 1885 von Dr. *Roux* eingeführt. In der deutschen Schweiz glauben wir die Ersten zu sein, welche sie wieder bereits ausschliesslich anwenden. Wir lernten sie im Herbste 1886 in Genf kennen und haben sie seit jener Zeit beständig bei allen chirurgischen Eingriffen benutzt, in welchen nicht eine directe Gegenindication dafür vorlag.

Bevor wir zur nähern Ausführung derselben übergehen, lassen Sie mich die Gründe, welche von jeher gegen die Aethernarcose vorgebracht wurden, mit Ihnen in Kürze durchgehen und sie auf ihren wirklichen Werth genauer untersuchen.

Erstens wird dem Aether vorgeworfen, er sei ängstlicher und weniger angenehm einzuathmen als das Chloroform, welches viele Leute an Reinetteäpfel erinnere. Dies ist theilweise zuzugeben, obwohl uns Patienten, die wir aetherisirt und die vorher andernorts chloroformirt worden, versicherten, sie hätten beim Aether durchaus nichts Unangenehmeres, als beim Chloroform wahrgenommen. — Dieser Vorwurf ist übrigens wie der zweite, den man auch machen hört: es bedürfe zur Erzielung der Narcose einer grössern Menge Aether als Chloroform, mehr nebensächlicher Art, so dass ich ihn hier nur der Vollständigkeit wegen erwähne.

Des Weitern wirft man dem Aether vor, seine Anwendung sei eine viel complicirtere, als die des Chloroforms. Dies ist nun absolut unrichtig! Wenn man die Aethernarcose mit den allerdings complicirten Apparaten von *Clover*, *Hawksley*, *Ormsby*, *Smith*, *Burton*, etc. etc., kurz, mit allen den amerikanischen und englischen Inhalers ausführt, so wird die Methode eine zweifelsohne umständliche. Nicht so, wenn man aber sich der *Julliard*'schen Maske bedient. Dadurch wird die Methode der Aethernarcose ebenso einfach, wenn nicht einfacher, als die der Chloroformnarcose.

Viertens soll die Uebelkeit nach Aether länger andauern und sei das Erbrechen heftiger, wie nach Chloroform. — Auch dieses können wir nicht zugeben. Die Leute erbrechen allerdings nach Aether auch, aber sicherlich n i c h t m e h r, nach unserm Dafürhalten im Gegentheil w e n i g e r, als nach Chloroform. Darin stimmen wir mit den Beobachtungen überein, die *Beaumont*,[2]) der Bath Pathological und Clinical society machte, und die er im „Lancet“ veröffentlichte. Das Erbrechen trat bei seinen Patienten nach Methylenbichlorid in 25,8%, nach Chloroform in 22,7% und nach Aether in 17,3% der Fälle auf. Sie sehen darnach, dass betreffs Erbrechen der Aether jedenfalls nicht ungünstiger als das Chloroform steht. Die übrige Aethernachwirkung macht sich freilich wie nach jedem Anæstheticum geltend, aber hauptsächlich in Nebenerscheinungen. Der Athem der Patienten verbreitet noch ca. 24 Stunden den Geruch nach Aether; allein dieser Umstand ver-

[1]) *J. R. Comte:* De l'emploi de l'éther sulfurique à la clinique chirurgicale de Genève. Thèse inaugurale, Genève 1882.
[2]) Lancet, July 28th., 1888.



hindert ihn nicht, recht frühzeitig Speise und Trank zu sich zu nehmen. Es verdirbt (sit venia verbo) die Aethernarcose den Magen nicht so wie das Chloroform, nach welchem die Patienten tage-, manchmal wochenlang, ihren Appetit nicht wieder erlangen und es ihnen vor jeder Speise ekelt.

In dieser Beziehung waren mir u. A. zwei Patienten sehr lehrreich. Der eine, ein junger Mann, an multipler Ostitis leidend, war zum erstenmale in Würzburg, dann noch 5 mal an verschiedenen andern Orten chloroformirt worden. Jedesmal nach der Narcose war ihm sehr übel und er während mehrerer Tage unfähig gewesen zu essen. Am 14. Juni bei uns aetherisirt, war er ganz verwundert, zu sehen, wie er noch am gleichen Tage mit Lust etwas zu sich nehmen konnte. Er versicherte uns von sich aus, dass für ihn gar kein Vergleich zwischen Aether und Chloroform mehr sei. — Der zweite Fall betrifft ein Mädchen, das wegen Osteomyelitis der Tibia bereits mehrmals in einem andern Spitale chloroformirt worden und jedesmal nach der Narcose drei Tage und drei Nächte erbrechen musste. Dasselbe kam wegen eines kleinen Splitters in unsere Behandlung, konnte sich aber, der Narcose wegen, zuerst nicht zur Operation entschliessen. Als sie es zuletzt that, war sie ganz verwundert zu sehen, wie sie am andern Morgen nach der Operation mit Appetit ihr Frühstück einnehmen konnte.

Fünftens wird der Aethernarcose vorgeworfen, sie sei keine anhaltende. Auch dies ist nicht richtig! Wir haben uns vielfach bei grössern Operationen überzeugt, dass die Aethernarcose stundenlang und ohne Schaden für den Patienten unterhalten werden kann.

Sechstens reize der Aether die Bronchien und erzeuge leicht Husten. Dieser Vorwurf ist allerdings gerechtfertigt und man wird bei acuten Lungenkrankheiten überhaupt nicht aetherisiren. Bei bestehenden chronischen Lungenaffectionen wird man mit der Aethernarcose vorsichtig sein müssen. Bei sonst gesunden Patienten ist aber die Reizung der Luftwege minim und rasch vorübergehend. — Dass übrigens der Aether in dieser Beziehung nicht allein steht, beweisen die höchst interessanten Mittheilungen aus dem städtischen allgemeinen Krankenhause im Friedrichshaine zu Berlin,[1]) laut welchen auch das Chloroform denselben schädlichen Einfluss auf die Luftwege, speciell die Trachea, ausüben kann.

Es werden nämlich hier zwei Fälle (Struma, und eine Arthrotomie des Hüftgelenkes) erwähnt, bei welchen 2—3 Tage nach der Operation der Exitus ohne nachweisbare Ursache eintrat und wo die Section nur einen acuten Entzündungsprocess der Trachealschleimhaut nachweisen konnte, der vom pathologischen Anatomen, Prof. *Carl Friedländer*, auf Chloroformdampf-Einwirkung zurückgeführt wurde.

Aehnliche Beobachtungen hatten auch *Lücke* und *Péan* [2]) gemacht.

Siebentens entzünde sich der Aether sehr leicht. Auch dies ist zuzugeben, obwohl man diesen Nachtheil bedeutend übertrieben hat. Sofern man nicht am Gesichte mit dem Thermocauter operirt und so die Glühhitze mit dem Aether direct in Contact bringt, läuft man entschieden keine Gefahr. So würden wir uns nicht scheuen, am Lichte zu operiren, vorausgesetzt, dass die Lichtquelle oberhalb des Operationsfeldes sich befinde und nicht direct in Contact mit Aether gelange.

Endlich wurden, namentlich von Seite amerikanischer Aerzte (von *Emmet*, *Carpenter*, *Wesley*, *Norris*, *Turnbull* u. A.), die Nierenerkrankungen als Gegenindication zur Anwendung der Aethernarcose aufgestellt. In seiner sehr einlässlichen und

---

[1]) Berliner klinische Wochenschrift, 15. October 1888.
[2]) *Langenbeck*'s Archiv XXXI, S. 704, citirt nach *Frank*.

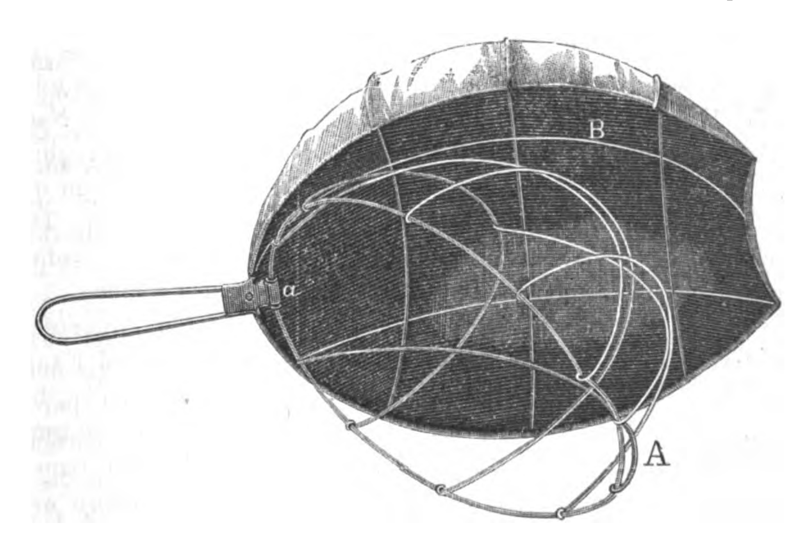
gründlichen Arbeit über die Aethernarcose[1]) hat Dr. *Fueter* in Bern Versuche in dieser Richtung an Hunden angestellt. Die letztern wurden wochenlang der Aethernarcose unterworfen und nachher getödtet. Bei der Section ergab eine genaue microscopische Untersuchung der Nieren, welche jeweilen von Prof. *Langhans* controlirt wurde, nicht die geringsten pathologischen Veränderungen. — Andererseits konnten wir bei Patienten, die Albumen im Urin enthielten und die sehr cachectisch waren, nach der Aetherisation keine Verschlimmerung von dieser Seite constatiren, so dass wir vor der Hand uns nicht scheuen würden, bei Nierenerkrankung zu ätherisiren.[2])

Fassen wir nun die Einwände zusammen, die man gegen den Aether erhoben hat, so haben wir an ihm einen Körper, der etwas ängstlicher einzuathmen ist, als das Chloroform, der leicht die Bronchien reizt und bis zu einem gewissen Grade feuergefährlich ist. Diesen Nachtheilen gegenüber besitzt aber der Aether den grossen und unseres Erachtens weit überwiegenden Vortheil, dass er weniger gefährlich ist, als das Chloroform. Diese Thatsache wird uns zunächst durch die verschiedenen Zusammenstellungen, welche über Aether- und Chloroformtodesfälle publicirt worden, illustrirt. So fällt nach *Andrews*,[3]) der 200,893 Fälle gesammelt hat, ein Todesfall auf 2723 Chloroformnarcosen und einer auf 23,204 Aethernarcosen. Dieser Unterschied bedarf wohl keines weitern Commentars. Aehnliche Zusammenstellungen haben *Roberts*[4]) und *Agnew*[5]) gemacht. Ersterer fand für die Jahre 1873—80 18 Aethertodesfälle auf 92 Chloroformtodesfälle; letzterer, der die Todesfälle nach Aether und Chloroform für die Jahre 1869—72 sammelte, fand 195 Chloroformtodesfälle auf 3 Aether- und 3 Aether-Chloroform-Alcoholmischung-Todesfälle. In seiner eingehenden Dissertation über die Aethernarcose in Genf hat *Comte*[6]) eine Zusammenstellung der bis 1882 ihm aus der Litteratur bekannten Todesfälle gemacht und 232 Chloroformtodesfällen nur 16 Aethertodesfälle gegenüberstellen können. — Wenn auch die Zahlenverhältnisse sich keineswegs decken, so müssen Sie doch daraus ersehen, dass Chloroformtodesfälle viel häufiger eintreten, als Aethertodesfälle. Den Grund dafür finden wir in der Physiologie. Während nämlich das Chloroform direct auf das Herz wirkt, übt der Aether seinen Einfluss zunächst auf das Respirationscentrum aus.[7]) Wenn daher im Verlaufe der Narcose irgend welche Gefahr seitens der Athmung im Verzuge steht, so trifft die küntliche Respiration die Circulation noch immer so an, dass ein Gasaustausch zwischen der im Körper angesammelten Kohlensäure und dem Sauerstoff der Luft möglich ist. Beim Chloroform dagegen ist die Sache umgekehrt. Die Herzlähmung ist das Primäre und ist dann die künstliche Athmung meist nutzlos, weil in Folge des verminderten Blutdruckes der Gasaustausch nicht mehr möglich. Es besteht also in der Wirkung beider Anästhetica ein principieller, und nicht blos ein gradueller Unterschied, wie dies *Claude Bernard*

[1]) Experimentelle, klinische Untersuchungen über die Aethernarcose, Berner Inaugural-Dissertation 1888.
[2]) Vergleiche auch *Roux*: A propos de la narcose par l'éther. „Corr.-Blatt" 1888, pag. 578. Red.
[3]) *Comte* l. c. pag. 98.
[4]) u. [5]) New-York Medical Record, 23. April 1887, pag. 473.
[6]) *Comte* l. c.
[7]) *Schiff*, Mittheilungen an die medic. Gesellschaft zu Florenz, 1874, citirt nach *Comte*.

formulirt hatte. — *Kappeter*[1]) fand bei seinen Pulsuntersuchungen, dass unter den verschiedenen Anæstheticis der Aether die günstigsten Verhältnisse aufweise, indem er zwar auch gefässerschlaffend wirke, aber weit weniger intensiv als das Chloroform. Ein syncoptischer Aethertod werde daher weniger häufig sein, als ein syncoptischer Chloroformtod, obwohl derselbe schon denkbar sei. — Nach den Untersuchungen, die *M'Gregor Robertson*[2]) unter *Kronecker*'s Leitung in Berlin am Froschherzen machte, erfolgt der Herzstillstand bei Aether nicht indem die Pulse kleiner und kleiner, sondern hauptsächlich indem sie seltener und seltener werden. Darin liegt wohl auch eine Garantie, dass die Syncope bei Aether nicht so rasch eintreten werde wie bei Chloroform, wo der Puls plötzlich aufhört. — Endlich sprechen *P. Bert*'s [3]) Untersuchungen über die sog. „Zone maniable“ der Anæsthetica auch sehr zu Gunsten des Aethers. Unter „Zone maniable“ versteht *P. Bert* nämlich diejenige Zone, welche zwischen der die Anæsthesie erzeugenden und der tödtlichen Dosis des Mittels liegt. Seine Untersuchungen an verschiedenen Thieren und mit verschiedenen Anæstheticis ergaben, dass die tödtliche Dosis eines Anæstheticums gerade das Doppelte der die Anæsthesie erzeugenden Dosis beträgt. Für das Chloroform ist nun die „Zone maniable“ sehr eng und beträgt nur 12 gr.; für den Aether dagegen ist sie bedeutend weiter und beträgt 40 gr. Darin liegt nach *P. Bert* ein Hauptgrund der Unschädlichkeit des Aethers, gegenüber andern Anæstheticis.

Aus diesen Gründen allein, und nicht etwa blos aus Neuerungssucht, entschlossen wir uns, die Aethernarcose anzuwenden. Wir folgten hierbei ganz *Julliard*'s Angaben und liessen uns zunächst einen ganz reinen und aldehydfreien Aether von der Firma Gehe in Dresden kommen. Derselbe hat ein spec. Gewicht von 0,725 bei 19° C. Von ihm wurden ca. 25 ccm. in die von uns modificirte [4]) (siehe Figur) *Julliard*'sche Maske geschüttet und die-



[1]) Beiträge zur Lehre von der Anæstheticis, *Langenbeck*'s Archiv, Band XXXVII, Heft 2.

[2]) Verhandlungen der physiologischen Gesellschaft zu Berlin, 1. April 1881.

[3]) *Paul Bert*, Sur la zone maniable des agents anestétiques, Académie des Sciences. 14. Nov. 1881, citirt nach *Comte*.

[4]) In dem mit Wachstuch überzogenen äussern Korb (*Julliard*'sche Maske) B, befindet sich ein zweiter innerer Korb A angebracht, der im Scharnier a sich öffnet und schliesst. Zwischen beiden Körben lassen sich mit Leichtigkeit für jede Narcose reine Compressen aus hydrophilem Tuche einlegen und nach der Narcose entfernen, sodass man stets eine saubere geruchlose Maske hat. (Vgl. Illustrirte Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik, 1887, pag. 86.)

selbe nur allmälig und langsam dem Gesichte des Patienten genähert, damit er sich an den Aether zunächst gewöhne. Erst jetzt wird die Maske definitiv auf's Gesicht gelegt und zum bessern Luftabschluss mit einer Compresse bedeckt. Auf das Verhalten des Pulses oder der Pupillen wurde nicht geachtet, sondern nur die Respirationsbewegungen genau controlirt. Man kann auch — und das haben wir in der Mehrzahl unserer Narcosen gethan — von vornherein grössere Mengen wie 40—50 ccm. in die Maske eingeben. Bei richtiger Controle der Respiration läuft man keine grössere Gefahr, als bei kleinen Initialdosen. Bei Kindern sind natürlich solche Dosen, je nach dem Alter, auf die Hälfte oder noch mehr zu reduciren. — Ist nun die Maske aufgelegt, so können wir — nach *Comte*[1]) — vom klinischen Standpunkte im Allgemeinen vier Stadien bei der Aethernarcose beobachten: Im Initialstadium erzeugt der Aether zunächst ein unangenehmes, ängstliches Gefühl. Der Patient glaubt, er müsse ersticken. Es tritt dann eine gewisse Aufregung auf, in welcher die Patienten der Aethermaske zu entgehen suchen. Diese Aufregung macht bald einem Wärmegefühl im ganzen Körper Platz; die Conjunctivæ injiciren sich und das Gesicht wird cyanotisch. In den Ohren hat man ein dumpfes Sausen. Patient verliert jetzt das Bewusstsein und kommt in das zweite Stadium, das der Excitation. Dieses letztere ist verschieden stark, bei Potatoren oft recht heftig, bei andern verräth es sich nur durch wenige klonische Contractionen, bei dritten endlich kann es ganz fehlen. In diesem Stadium schlagen Puls und Carotiden sehr stark und frequent. Es tritt nun das dritte Stadium, das der Muskelerschlaffung oder eigentlichen chirurgischen Anæsthesie ein. Am häufigsten kommt die Muskelerschlaffung erst nach Eintritt der Anæsthesie zu Stande. Die Athmung wird weniger frequent und regelmässig, wird meist stertorös. Das vierte Stadium, das Erwachen, erfolgt desto langsamer, je länger die Narcose dauerte. Der Patient erwacht in der Regel mit einer gewissen Aufregung und lärmender, als beim Chloroform. Meist ist er fröhlich, lacht, streckt einem die Hand entgegen; in seltenern Fällen ist er traurig und weinerlicher Stimmung. Die Kinder erwachen, schlafen aber bald wieder ein. Diese verschiedenen Stadien können natürlicherweise häufig in einander übergehen oder theilweise fehlen.

Wir haben seit October 1886 diese Methode der Narcose bei **170** Patienten[2]) angewandt, u. A. bei drei Fällen von Hysterectomie, von Ovariotomie, bei Exarticulatio coxæ, bei verschiedenen Resectionen des Hüft- und anderer Gelenke, bei 35 Bruchoperationen etc., kurz bei allen Operationen, wie sie auf einer chirurgischen Abtheilung vorkommen können. (Kröpfe haben wir der Tracheostenose wegen nicht mit Aethernarcose operirt.) Wir haben uns ihrer bei Kindern von 16 Wochen an, bis zu Greisen von 80 Jahren bedient. — Wir hatten dabei leider einen Fall von Collaps, den wir aber nicht der Aethernarcose zuschreiben dürfen, sondern uns selbst zur Last legen müssen.

Es handelte sich um eine 60jährige Patientin, die an chronischer Bronchitis mit

[1]) *Comte* l. c., pag. 26.

[2]) Seit Abfassung dieser Zeilen haben wir die Aethernarcose noch in 12 weitern Fällen (darunter 1 Fall von Lithotomia suprapubica, und Hysterectomie) angewandt, so dass unsere Zahl gegenwärtig 182 beträgt.

Fieber litt und sich in einem Hustenanfall einen Schenkelbruch zuzog, der sich später einklemmte und für den sie uns von Collega *Sahli* zur Operation zugewiesen wurde. Wir glaubten trotz Bronchitis doch ätherisiren zu dürfen; während der Operation stockte aber die Athmung plötzlich, Puls wurde klein und Patientin collabirte. Der Aether wurde sofort ausgesetzt, Patientin mit nassen Tüchern geschlagen und Thorax comprimirt. Nach kurzer Zeit erholte sich Patientin und die Operation konnte ungestört beendet werden.

Dies ist, unter den 170, der einzige Fall, der nicht ganz glatt verlief. — Die Narcosen wurden alle einzeln und genau nach dem *Julliard*'schen Schema aufgezeichnet, d. h. wir notirten uns

a. die Zeit bis zum Eintritt der Anæsthesie;
b. die dazu erforderliche Aethermenge;
c. den Gesammtverbrauch des Aethers und
d. die Dauer der Narcose.

Ferner wurden alle Complicationen wie Erbrechen, Excitation aufgezeichnet. Die ersten 50 Narcosen gaben uns allerdings nicht so günstige Resultate wie die spätern, wohl deshalb, weil sie von befreundeten Collegen und mir zu einer Zeit eingeleitet wurden, da wir über die Methode nicht die gehörige Erfahrung besassen. Die spätern Narcosen wurden meist von Collega *Fueter* besorgt und geben daher ein richtigeres und einheitlicheres Bild über ihren Verlauf. Für die ersten 50 Narcosen erhielten wir nun folgende Durchschnittszahlen:

Die Narcose trat ein nach 8 Minuten (die kürzeste nach 1, die längste nach 24 Minuten!)

Die dazu erforderliche Aethermenge war 80 ccm. (Minimum 25, Maximum 180).

Der Gesammtverbrauch für die ganze Narcose war 160 ccm. (Minimum 60, Maximum 400 ccm.).

Die Dauer der Narcose war 44 Minuten (kürzeste 5 Minuten, längste 2 Stunden 20 Minuten).

Wie Sie sehen, sind diese Zahlen nicht gerade für unsere Methode begeisternd: die Narcose trat spät ein und die dazu erforderliche Aethermenge war hoch.

Günstiger sind dafür die Resultate der zweiten Reihe (51.—100. Narcose):

Hier trat Narcose im Durchschnitt ein nach 3 Minuten (kürzeste 50 Secunden, längste 15 Minuten).

Die erforderliche Aethermenge war 30 ccm. (Minimum 15, Maximum 130 ccm.).

Der Gesammtverbrauch 95 ccm. (Minimum 20, Maximum 215 ccm.).

Dauer der Narcose 45 Minuten (kürzeste 8 Minuten, längste 2 Stunden).

Hier trat also die Narcose nach 3 Minuten ein, entschieden ein ganz hübsches Resultat.

Noch günstiger gestalten sich die Verhältnisse bei der dritten Reihe (101.—150. Narcose).

Die Narcose trat hier durchschnittlich ein nach 1,7 Minuten (kürzeste 40 Sekunden, längste 4 Minuten).

Die dazu erforderliche Menge war 47 ccm. (Minimum 20, Maximum 55 ccm.)

Der Gesammtverbrauch 77,5 ccm. (Minimum 25, Maximum 230 ccm.).

Dauer der Narcose war 31 Minuten (Minimum 10 Minuten, längste 2 Stunden).

Im gleichen Verhältnisse stehen endlich die 20 letzten Narcosen, d. h. die

151.—170. Das sind, unseres Erachtens, Resultate, wie man sie kaum besser verlangen darf! In Genf hatten wir seiner Zeit als durchschnittlichen Eintritt der Narcose 4 Minuten. Dass wir denselben auf 1,7 Minuten herunterbrachten, glauben wir dem Umstande zuschreiben zu sollen, dass wir von Anfang an grössere Aethermengen in die Maske schütteten und so concentrirtere und raschere Wirkung hatten. Wir sind übrigens nicht die einzigen, die solche Resultate erzielten. Dr. *Knapp* [1]) in New-York hat unter vielen Hunderten von Fällen als Durchschnittseintritt der Narcose 1 Min. 36 Sec. — Es zeigen Ihnen also diese Resultate, dass die Angaben, nach welchen der Aether längerer Zeit zur Erzielung der Narcose als das Chloroform bedürfe, unrichtig sind.[2])

Es liegt mir ferne, Ihnen zuzumuthen, aus diesen 170 Fällen sich definitive Schlüsse über den Werth der Aethernarcose zu ziehen. Diese Zahlen sind dazu wohl zu klein, obschon dieselben Ihr Interesse vielleicht deshalb beanspruchen dürften, als jede einzelne Narcose genau aufgezeichnet wurde. — Wichtiger schon kann Ihnen die Thatsache erscheinen, dass Dr. *Roux* in Lausanne, der seit drei Jahren die Aethernarcose in ungefähr 800 Fällen angewandt hat, mit derselben laut gütiger Privatmittheilung sehr zufrieden ist. Am beweisendsten jedoch wird wohl auch für Sie die Stelle eines Briefes sein, den mir Prof. *Julliard* am 7. October 1888 schrieb, in der es heisst:

„J'ai fait hier (6 Octobre) ma 2173ème anesthésie par l'éther. Dans toutes ces anesthésies non seulement je n'ai pas eu de cas de mort, mais encore je n'ai jamais eu l'ombre d'inquiétude pour mes malades: pas une alerte, pas un seul ennui en un mot. Comme vous voyez, c'est pourtant caractéristique et vous savez que toutes mes anesthésies sont enregistrées. — Plusieurs médecins de Genève administrent l'éther maintenant. Je ne sache pas qu'aucun d'entr'eux ait eu un accident. Par contre, depuis que je donne l'éther je connais 6 cas de mort par le chloroforme, dont trois à Genève et trois ailleurs."

Der Werth solcher Worte, die über eine 11jährige Erfahrung berichten, wird Ihnen gewiss einleuchten. Wer eben die Aethernarcose wirklich kennen gelernt hat, der wird sie mit Ausnahme der besprochenen Gegenindicationen schwerlich gegen eine andere umtauschen!

Gestatten Sie mir noch kurz einige Mittheilungen über die sogenannten Mischnarcosen! Es ist Ihnen nicht unbekannt, dass drei Monate nach Einführung des Chloroforms bereits der erste Chloroformtodesfall auftrat. Schon früh wurde man gewahr, dass der neue Körper doch nicht so ganz ohne Gefahren sei. Als nach wenigen Jahren die Todesfälle sich mehrten, fing man trotz *Sédillot's* [3]) geflügeltem Wort: „Le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais" ein anderes Wort desselben Chirurgen mehr zu beherzigen an: „Toutes les fois qu'on a recours au chloroforme, la question de vie et de mort se trouve posée." Die Gefahren des sonst so angenehm wirkenden Chloroformes suchte man dadurch zu bekämpfen, dass man dasselbe mit andern Anæstheticis verband. Es entstanden bald die Combinationen des Chloroformes mit Aether, mit Alcohol und Aether, mit Hypnon, mit

---

[1]) New-York Medical Record, 23. April 1887.

[2]) Vgl. u. A. *Josias Pétavel:* Le chloroforme. Berner-Dissertation 1865, pag. 20.

[3]) *Sédillot,* Des règles de l'application du chloroforme aux opérations chirurgicales, Paris, Baillière 1852.

Cocain[1]) etc. etc., wie man sie heutzutage immer frisch auftreten sieht, mit deren Aufzählung ich Sie aber nicht hinhalten will. Eine Methode möchte ich kurz besprechen, da sie in Bern auf der Klinik des Herrn Prof. *Kocher* seit mehreren Semestern angewandt wird. Es ist dies die Chloroform-Aethernarcose und zwar so, dass man bis zur Narcose Chloroform anwendet und dann die Narcose mit Aether unterhält. Diese Mischform wurde zuerst von einem Assistenten *Sédillot*'s, von Dr. *Bourguignon*,[2]) eingeführt und im Jahre 1851 in der „Gazette médicale de Strasbourg" veröffentlicht. — Vom theoretischen Standpunkte aus wäre eine solche Mischnarcose lebhaft zu begrüssen, wenn man die Sicherheit hätte, dass die beiden Körper eine chemische Verbindung eingehen, welche die Gefahren der beiden Componenten ausmerzen würden. Dagegen lehrt leider die Chemie, dass eine solche chemische Verbindung im Organismus nicht stattfindet und wir müssen vom theoretischen Standpunkte aus noch annehmen, dass beide Körper sich in ihren schlechten und guten Eigenschaften summiren. Wenn man nun die Narcose mit Chloroform beginnt und damit die Hauptgefahr des Chloroforms auf sich ladet (Chloroformtodesfälle ereignen sich ja auffallend häufig im Anfang der Narcose), so würden wir entschieden lieber beim reinen Chloroform bleiben, als noch die Schattenseiten des Aethers dazu fügen. Ebenso wenig würden wir uns zur Methode des Amerikaners *Wilson* bewegen lassen, der zuerst aetherisirt und dann die Narcose mit Chloroform unterhält. — Sie ersehen daraus, wie weit wir gegenwärtig noch davon entfernt sind, die Frage „Was ist das beste Anæstheticum?" definitiv lösen zu können. Unseres Erachtens dürfte vielleicht diese Lösung am besten so zu erzielen sein, dass Alle, die mit Narcosen viel zu thun haben, diese letztern nach einem bestimmten einheitlichen Schema genau aufzeichnen würden. Die so entstehenden grössern Zusammenstellungen würden sicherlich in relativ kurzer Zeit präcisere und zuverlässigere Resultate ergeben, als es sich jetzt noch thun lässt. Bei dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse können wir nur sagen, dass zwischen Chloroform und Aether diesem letztern der Vorzug der geringern Gefährlichkeit absolut einzuräumen ist. Dessen Darreichung ist zudem durch die *Julliard*'sche Methode eine noch einfachere geworden, als die des Chloroformes, und so stehen seiner allgemeinen Verwendung nichts wie Vorurtheile im Wege! Sollten nun diese Mittheilungen etwas dazu beigetragen haben, den Einen oder Andern unter Ihnen zum Versuch und eventuell zur ständigen Anwendung der Aethernarcose zu überreden, welche — weil nicht richtig ausgeführt und daher in ihren Vorzügen verkannt — bisher in der deutschen Schweiz sozusagen keinen Eingang sich verschaffen konnte, so ist der Zweck derselben hinlänglich erreicht!

---

[1]) Die Combination von Chloroform mit Cocain *(Obalinski)* scheint uns keine besonders glückliche zu sein, indem man von überall her unliebsame Nebenerscheinungen des Cocains wahrnimmt (Todesfälle, Collaps etc.). Bevor man einen solchen Körper mit Chloroform combinirt, sollte er physiologisch besser ergründet sein.

[2]) *Sédillot*, l. c., pag. 47.

Beitrag zur Kenntniss der Erkrankungen der corticalen Rindencentra.

Von Dr. **E. Perregaux** in Montreux.

Können Zerstörungen oder Erkrankungen innerhalb der sogenannten motorischen Centra der Gehirnrinde auch Störungen der Sensibilität bedingen oder nicht? Fällt, wie *Rumpf* sich ausdrückt, die motorische Region mit der Fühlsphäre zusammen? Diese Frage harrt seit langer Zeit ihrer definitiven Erledigung und ist trotz einer stattlichen Anzahl diesbezüglicher Arbeiten ihrer Lösung kaum näher gebracht worden. (Siehe *Nothnagel*'s Aeusserung am letzten Congress für innere Medicin in Wiesbaden.)

Bei der grossen Bedeutung der Sache wird jeder neue casuistische Beitrag, wie es mir scheint, nicht nur keine unnütze Arbeit sein, sondern seine Berechtigung haben.

Auf die Gefahr hin, einer Wiederholung gezeiht zu werden, muss ich auf einige in einem früheren Aufsatz [1]) schon besprochene experimentelle Thatsachen und theoretischen Punkte kurz zurückkommen.

Es war bekanntlich *Munk*, der die, die Gesammtheit der corticalen Centra umfassende, unter dem Namen motorische Region bekannte Hemisphärenoberfläche als Fühlsphäre zu bezeichnen sich veranlasst sah.

Die richtige Erkenntniss und Würdigung der bei seinen Exstirpationsversuchen in den von den zerstörten Centren abhängigen Körpertheilen beobachteten Sensibilitätsstörungen machten den Begriff der Bewegungsvorstellung aus einer verschwommenen, vagen Bezeichnung zu einem präcisen, eine Combination von verschiedenen Erinnerungsbildern umfassenden physiologischen Terminus.

Aus zahlreichen Versuchen, schloss *M.*, dass:

Bei jeder Bewegung von der Peripherie des betreffenden Körpertheiles Empfindungen zum central gelegenen Organe des Bewusstseins (Grosshirnrinde) gelangen und zwar

1. Welche der Haut α (Berührung und Druckempfindung);

2. welche der Muskeln β (Dehnung, Spannung, Muskelsinn). Die Empfindungen der Haut α geben schon allein und selbstständig zu Druck- und Berührungsvorstellungen Anlass. Mit β vergesellschaftet lassen sie Vorstellungen über die Lage des in Bewegung befindenden Gliedes entstehen — Lagevorstellungen ($\alpha + \beta$);

3. bei jeder willkürlichen oder reflectorischen Bewegung ausser α und β noch eine Wahrnehmung des in den Nervenkernen vor sich gehenden Innervationsvorganges (γ) (Empfindung der Innervation). Dass bei jeder geordneten Bewegung γ nicht allein vorkommt, sondern stets mit α und β combinirt, ergibt sich von selbst. Aus dieser Vereinigung ($\alpha + \beta + \gamma$) entstehen nun Vorstellungen über Grösse, Dicke, kurzum Beschaffenheit der dem betreffenden Körpertheile auf- oder unterliegenden Objecte — Tastvorstellungen und ferner Vorstellungen von den activen Bewegungen des betr. Körpertheiles.

„Bewegungsvorstellungen sind also Erinnerungsbilder von allem, was bei einer

---

[1]) „Corr.-Blatt für Schweizer Aerzte“, Jahrgang 1888, pag. 202.



Bewegung vor sich geht $(\alpha + \beta + \gamma)$“ oder die aus der Combination der Empfindung entstehenden Vorstellungen werden also in den Gehirncentren aufgespeichert und erzeugen in ihrer Gesammtheit bei jedem Ansprechen des betreffenden Centrums die von ihm ausgehende Bewegungsvorstellung.

Die von *Munk* beobachteten eigenthümlichen Sensibilitätsstörungen nach Zerstörung der Rindencentra waren eben der Ausdruck der aufgehobenen Correlation dieser verschiedenen Vorstellungen. Aus dem Vorhergesagten erhellt, dass

Tast- oder gleichwerthige Bewegungsvorstellungen $(\alpha + \beta + \gamma)$ oder Lagevorstellungen $(\alpha + \beta)$ allein ausfallen können, dass aber eben diese zusammengesetzten Vorstellungen nicht mehr entstehen können, wenn die einfachen aufgehoben worden sind.

Je nach der Grösse der Exstirpation unterscheidet er vier verschiedene Grade der Störung und zwar um mit dem schwächsten zu beginnen

1. Aufhebung der Bewegungs- oder Tastvorstellungen;
2. „ „ Lagevorstellungen;
3. „ „ Druckvorstellungen;
4. „ „ Druckempfindungen (α).

Intact bleiben bei 1. Lage-, Druck- und Berührungsvorstellungen, bei 2. Druckvorstellungen, Druck- und Muskelempfindungen, bei 3. die Druckempfindungen.

Der Umstand, dass *Munk* sich abgerichteter Thiere bei seinen Versuchen bediente, machte es ihm möglich, mit solcher Genauigkeit die Störungen zu beobachten und zu schildern.

So viel über die nur die Gliedercentra betreffenden *Munk*'schen Arbeiten. Angesichts dieser experimentellen Thatsachen konnte man sich dann billig fragen, ob beim Menschen nicht wahrscheinlich die Bewegungsvorstellung auf gleiche Weise zu Stande käme und ob ähnliche Störungen wie das Ausfallen der die Bewegungsvorstellung ausmachenden verschiedenen Vorstellungen nicht in gewissen Fällen von Læsionen der Rindencentra bedingt werden können.

Aehnliche Erwägungen führten *Wernicke* zur Aufstellung der Symptomengruppe der Monoplegien mit Sensibilitätsstörungen und zwar kommen hier Bein, Facialis (Linguo-Facialis) und Arm-Centrum in Betracht.

Als ich im März einen Fall von Monoplegia brachialis beschrieb, dachte ich nicht an die Möglichkeit eines spätern zweiten Falles, den ich in Folge der relativen Seltenheit der „Bein-Monoplegien“ wieder mitzutheilen keinen Anstand nehme, sagt doch *Wernicke* selbst in seinem Lehrbuche der Gehirnkrankheiten darüber: „Bei Monoplegia cruralis handelt es sich gewöhnlich nur um eine Parese. Die Verhältnisse sind hier noch nicht genügend festgestellt, indessen lässt Analogie vom Arme her schliessen, dass ebenfalls hauptsächlich die feineren Bewegungen des Fussgelenks und der Zehen am stärksten in Mitleidenschaft gezogen werden u. s. w.“

Am 28. August kam in meine Sprechstunde in Villars (wo ich den Sommer zubrachte), der 58jährige Bauer L. M. aus dem einige Minuten entfernten Dorfe Chézières (Waadt). M. klagt über Schwäche und Taubheit im rechten Bein, die ihm den Gebrauch dieser Extremität erschweren. Anamnestisch lässt sich feststellen, dass M. bis dahin wohl ab

und zu von rheumatischen Schmerzen in den Schultern geplagt wurde, sich aber sonst nie wirklich krank fühlte. Aus gesunder Familie stammend, hat er besonders nie Infectionskrankheiten durchgemacht. Mässiger Potator (Weisswein, hie und da Schnäpse), arbeitete nicht besonders angestrengt. Darin bildete der 26. August eine Ausnahme, da er an dem Tage länger wie gewöhnlich auf dem Felde bei kaltem Wetter beschäftigt war.

Abends legte er sich müde aber gesund in's Bett und verspürte am 27. Morgens beim Erwachen schon ein sonderbares Gefühl in seinem rechten Bein. Beim Aufstehen war es nicht so sehr die Schwäche als vielmehr ein Gefühl der Unsicherheit und Ungeschicklichkeit bei allen mit der betreffenden Extremität ausgeführten Bewegungen, das dem Pat. auffiel. Uebrigens auch Kältegefühl. Das Gehen machte ihm indessen doch Schwierigkeiten. Da M. sich sonst nicht krank fühlte, schob er die Schuld an diesen Störungen auf die Uebermüdung und versuchte Einreibungen. Als es indessen am 28. nicht besser ging, entschloss er sich einen Arzt aufzusuchen.

Status: Pat. ist ein kleiner untersetzter Mann mit geröthetem Gesicht. Die Innervation des Gesichts, der Zunge ist vollkommen intact. Die Untersuchung der innern Organe ergibt mit Ausnahme einer leichten Leberhypertrophie normale Verhältnisse. Herztöne rein. Herzaction nicht beschleunigt. Arterien scheinen nicht atheromatös zu sein. Etwas Tremor beim Ausspreizen der Finger.

Der Gang des Patienten ist erschwert und fällt sofort in die Augen; besonders schwer wurde ihm das Treppensteigen, wie er zu mir kam. Diese Störung besteht hauptsächlich darin, dass das Körpergewicht nicht gleichmässig auf beide Beine sich vertheilt, sondern das rechte Bein auf Kosten des linken entlastet wird. Hie und da scharrt der Fuss auf dem Boden, was an einer mangelhaften Beweglichkeit des Fuss- und Kniegelenkes liegt.

Objectiv bietet die rechte Extremität bei der Adspection abgesehen davon, dass der Fuss in schlaffer valgoequiner Stellung auf der Unterlage aufruht, nichts besonderes.

Die activen Bewegungen im Hüftgelenk sind vollkommen frei, im Kniegelenk scheinen sie dagegen etwas schwieriger ausgeführt werden zu können. Das Fussgelenk zeigt aber eine deutliche Einschränkung sämmtlicher Bewegungen (Beugung, Streckung, Pro- und Supination). Noch mehr ist dies bei den Zehen der Fall, die sozusagen gelähmt sind und nur wenig und viel langsamer wie die linksseitigen bewegt werden. Dieser Defect tritt an der grossen Zehe besonders deutlich hervor. Den passiven Bewegungsversuchen stellt sich nirgends ein Hinderniss entgegen. Patellarreflex rechts leicht gesteigert. Die grobe Kraft ist unversehrt; im rechten Hüft- und Kniegelenk ist der zur Ueberführung des activ gebeugten Gelenks in die Strecklage nöthige Aufwand von Kraft dem zur Ueberwindung derselben Lage der linksseitigen Gelenke nothwendigen, vollkommen gleich.

Die Sensibilität ist am Oberschenkel auf vorderer und hinterer Fläche durchaus normal. Vom Kniegelenke an aber beginnen die Angaben des Patienten unbestimmt zu werden und werden um so undeutlicher, je mehr man sich bei der Untersuchung der Peripherie des Gliedes nähert. Spitze und Kopf einer Nadel werden häufig verwechselt, absolut unmöglich ist aber diese Unterscheidung nicht. Obwohl bedeutend abgestumpft, ist auch am Fusse die Sensibilität nirgends ganz aufgehoben. Das Auflegen der Hand wird überall wahrgenommen. Kitzeln der Fusssohle ruft nur eine schwache Reflexbewegung hervor.

Die Algesie hat auch eine bedeutende Einbusse erlitten, doch wird der Stich, wenn das Stechen energisch genug erfolgt, überall erkannt (keine Perversität und Verlangsamung). Starker Druck auf den untern Theil des Unterschenkels wird von einem viel geringeren, links ausgeübten, nicht richtig abgeschätzt, ein Umstand, von dem man sich mit Belastung des Beines auch überzeugen kann.

Bei dem geschilderten Verhalten der Haut- und Muskelempfindung sowie des Schmerzgefühls kann eine Herabsetzung des Temperatursinns auch kaum fehlen. Dieselbe ist in der That auch vorhanden, aber auch nur Herabsetzung; es wird nicht wie im ersten von mir geschilderten Fall ein kalter Gegenstand für einen warmen gehalten und geschätzt und umgekehrt. Patient gibt bei Berührung mit einem warmen Gegenstand (Metallfläche) an, dass er etwas Wärme verspüre; dass er aber nur wenig fühlt, gibt er sofort an,

wenn der linke Unterschenkel vergleichsweise mit dem gleichen Gegenstande berührt wird. — Bei geschlossenen Augen deutet Patient Bewegungen, die passiv am rechten Hüft- und Kniegelenk vorgenommen werden, richtig, kann sie, dazu aufgefordert, mit der linken Extremität auch ausführen. Am Fussgelenk angekommen, sind Patient und ich leider nicht mehr der gleichen Meinung und wird Streckung als Beugung, Auswärtsdrehung als Beugung von ihm gedeutet. Erräth er hie und da doch noch richtig, so hat er für alle mit der rechten grossen Zehe ausgeführten Bewegungen aber kein Verständniss mehr; er weiss absolut nicht, was mit derselben vorgenommen wird. Die Prüfung der „Tastvorstellungen" bietet an der untern Extremität ziemlich grosse Schwierigkeiten und ich glaube, dass deren Resultat nur relativen Werth hat. Beim Betreten des Bodens sammelt ja der Fuss jeden Augenblick solche Vorstellungen, bei der Prüfung aber fallen die Resultate, wie mir vorkommt, mehr oder weniger mit denen der Hautempfindung allein zusammen und kann es sich nur handeln um die Unterscheidung eines spitzigen Körpers von einem runden, eines glatten von einem unebenen. In diesem Sinne waren in meinem Falle Lücken vorhanden, die auch im Verhältniss zu den der andern Gefühlsqualitäten standen.

Den Gang des Kranken konnte ich als einen unsichern, nicht wohl als einen atactischen betrachten. Ruht Patient auf dem Sopha ausgestreckt, so haben aber doch die von ihm bei geschlossenen Augen mit der rechten Extremität ausgeführten Bewegungen einen leicht atactischen Charakter. Das rechte Bein kann ohne Seitwärtsschwankungen von der Unterlage nicht gehoben werden; ebenfalls schwer und atactisch erfolgt das Kreuzen des rechten Beines über das linke.

Hätte sich der Mann mit eben denselben Symptomen erst einige Wochen später vorgestellt und hätte er aus Mangel an Intelligenz, wie es ja bei Patienten dieser Classe vorkommt, keine nähern Angaben über Einsetzen etc. seines Leidens machen können, so hätte man bei dem Krankheitsbild sich billig fragen dürfen, ob es sich nicht, trotz Erhaltenseins des Patellarreflexes um eine beginnende Tabes handle, die vorläufig erst am rechten Beine Symptome setze, während dieselben links erst so wenig ausgeprägt seien, dass sie der gewöhnlichen Untersuchung entgingen. Gegen eine solche Deutung des Falles lässt sich einwenden, dass

1. bei einer gewöhnlichen Tabes die an den Fusszehen (vom Fussgelenk will ich vorläufig absehen) wahrgenommenen Bewegungsstörungen nicht vorkommen. Das ist, meine ich, ein Hauptpunkt;

2. spricht ferner gegen Tabes das Verhalten der Ataxie. Bei dem gewöhnlichen Gang keine Ataxie, wohl aber bei den erwähnten Bewegungen. Dieser Unterschied erklärt sich leicht aus der verschiedenen Ursache der tabischen Ataxie und derjenigen, die wir hier im Auge haben. Da ich in meinem ersten Aufsatz („C.-B." Nr. 7) auf diesen Unterschied sehr genau eingegangen bin, will ich hier nicht wieder darauf zurückkommen;

3. würde man endlich bei Tabes zur Erklärung sämmtlicher Symptome eine weit grössere Abnahme des Sensibilitäts- und Schmerzgefühls besonders zur Erklärung der Störung des Muskelsinns billig verlangen müssen.

Was unsern Fall betrifft, so haben wir ja zum Ueberfluss die ätiologischen Angaben des Patienten, die der Annahme einer Tabes absolut widersprechen.

Ist nun einmal die Tabes ausgeschlossen, so kann ich trotz der Seltenheit keine andere Annahme machen als die, es handle sich um corticale Störungen, um eine Erkrankung des linken Beincentrums. Dafür scheinen mir besonders zu sprechen die gleichmässige Störung, die sämmtliche Vorstellungen erlitten haben, wobei, wie wir gesehen haben, diejenige der einfachen die der zusammengesetzten Vorstellungen be-

dingt. Besonders aber ist das schon bei der Differentialdiagnose mit Tabes hervorgehobene eigenthümliche Verhalten der Ataxie vielbedeutend und stehe ich nicht an, es als ein charakteristisches Symptom der corticalen Ataxie anzusehen. Was nun die Entstehung dieses Krankheitsbildes veranlasst habe, darüber glaube ich hier mich nicht anders aussprechen zu können, als wie im ersten Falle. Ob Blutung oder Erweichung, ist sehr schwer zu entscheiden. Wie es bei dieser Monoplegie gewöhnlich der Fall ist, ging dem Einsetzen der Symptome wahrscheinlich kein Insult voraus; die Blutung ist zu gering, um eine Druckvermehrung hervorzurufen und bei der Erweichung die Druckschwankung unerheblich. Während einer Woche blieben sich die Symptome ziemlich gleich und ich glaubte auf jeden Fall es mit directen Herdsymptomen zu thun zu haben. (Bei kürzerer Beobachtung hätte man die Möglichkeit passagerer Herdsymptome einräumen müssen.)

Nun der unumstössliche Beweis, dass es sich in diesem Falle wirklich um corticale Störungen handelte? Der Sectionsbefund? Wie im ersten Falle muss ich zugeben, dass ich über keinen verfüge, denn das Leben wird gewöhnlich von den beschriebenen Symptomen nicht bedroht. Die Beobachtungen Anderer, viel Berufenerer entbehren auch dieses unumstösslichen Beweises. Ich glaube aber doch, dass die Symptomengruppe charakteristisch ist und dass eine andere Erklärung derselben sehr schwer, wenn nicht geradezu unmöglich wäre.

Aus ähnlichen Beobachtungen haben verschiedene Forscher (*Wernicke*, *Nothnagel*, *Honsley* u. a.) für eine Betheiligung der sensiblen Sphäre bei gewissen Rindenläsionen Partei ergriffen. Bei der rein corticalen Epilepsie (*Jackson*) sind Störungen der Fühlsphäre ein häufiges und diagnostisch werthvolles Vorkommniss.

v. Bergmann, der in letzterer Zeit ganz besonders in der Hirnchirurgie so Bedeutendes geleistet hat, sieht, wie er es vor Kurzem mir noch sagte, in diesen eigenthümlichen Störungen eine Hauptstütze der Diagnose der corticalen Epilepsie. In einem von ihm operirten Fall, (Epilepsie) erklärte er sich den Misserfolg seiner chirurgischen Leistung dadurch, dass er es nicht mit einer reinen cort. Epilepsie zu thun gehabt hätte und zwar fehlte in dem Falle ein typischer Ablauf des Anfalles und Erscheinungen, welche in den corticalen Formen der Epilepsie nach *Jackson*'s Beschreibung zu erwarten wären: Paralysen und Paresen, welche den Krämpfen zu folgen pflegen und endlich (worauf es besonders ankommt) Störungen der sensiblen Sphären des Tastsinns und Muskelgefühls.

Die Bedeutung eines wirklichen Experiments nimmt für sich folgende Operation von *Honsley* in Anspruch:

Ein 22jähriger Mann, der in Folge einer Schädelfractur am linken Os parietale an rechtsseitiger Paralyse mit epileptischen Anfällen litt, wurde von *H.* in der Weise operirt, dass nach Trepanation die Narbe mit der angrenzenden Hirnsubstanz entfernt wurde (hinteres Ende, der 8. Stirnwindung und einige Fasern des Stabkranzes der Marginalwindung.) Gleich nach der Operation wurden neben Lähmung der Finger und Parese des Handgelenks (rechts) die geschilderten Sensibilitätsstörungen an der rechten Hand beobachtet. — Sämmtliche Symptome verschwanden nach einigen Wochen.

Das vor einigen Tagen erschienene 1. Heft (XX. Band) des „Archivs für Psychiatrie und Nervenkrankheiten“ enthält eine Arbeit von *Wernicke*: Ueber „Herderkrankung des untern Scheitelläppchens“.



Diese wichtige Arbeit werde ich anderweitig eingehend besprechen und will hier nur Einzelnes herausgreifen. Wichtig nenne ich dieselbe, weil es *W.* gelungen ist, das Ergebniss des Thierexperimentes (*Munk* in Ferrier) mit der Beobachtung am Krankenbette in Einklang zu bringen: Zerstörung der Angularwindung bedingt wirklich conjugirte Augenablenkung als Herdsymptom. Neben der Augenablenkung beobachtete aber *W.* noch eine linksseitige Hemianæsthesie (nur der Geschmackssinn wird nicht erwähnt) die sich von einer vom Carrefour sensitif ausgehenden Hemianæsthesie nicht unterscheiden liesse. (Es sei denn, dass bei ersterer der Ausfall der Lage- und Tastvorstellungen über denjenigen der Sensibilität etwas prävalirt.) In derselben aber erblickte *Wernicke* eine Stütze der intra vitam gestellten Diagnose auf Erkrankung des unteren Scheitelläppchens; denn „nirgends," sagt dieser Autor, „liegt wie im Marke des unteren Scheitelläppchens die sensible Faserung aller Sinnesgebiete so enge zusammen." (Nat. mit Ausnahme des Carrefour sensitif.)

Dieses Jahr war reich an Arbeiten über den Faserverlauf von der Rindenoberfläche bis in die innere Capsel und in den Pedunculus. *Bechtereur*'s und *Rossolymo*'s Beiträge zwingen zu erneuter sorgfältiger Prüfung unserer bisherigen Anschauungen (siehe mein Referat und diesbezügliche Bemerkungen „Berliner klin. Wochenschr." 590—591). Wichtig ist in dieser Beziehung die Arbeit *Sioli*'s, welcher nachweist, dass die gesammte (sensible) Faserung aus dem Schläfenlappen und dem hinter der Centralwindung liegenden Theile des Scheitellappens sich im *Wernicke*'schen dreieckigen Markfeld sammelt (medianwärts vom hintern Theile des I. Linsenkerngliedes, lateralwärts von der innern Capsel, oben und medianwärts vom corpus geniculatum internum, nach unten mit dem Tract. opt. zusammenhängend. — Die Grenzen sind auf einem Horizontalschnitte so zu stellen —), um dann in den lateralen Theil des Pedunculus hinunter zu ziehen. In diesem anatomischen Verhalten können wir, glaube ich, auch bis zu einem gewissen Grade einen Beweis für das mögliche Zustandekommen von Sensibilitätsstörungen bei den hinter der Centralwindung sitzenden Herden erblicken.

Es kommen daneben aber erwiesenermaassen Fälle von rein corticalen Erkrankungen ohne Sensibilitätsstörungen vor. (So verhält es sich bei den von *Andral*, *Dieulafoy* u. a. mit Sectionsprotocollen versehenen corticalen Monoplegien.) Neuerdings sind einschlägige Fälle von *Rumpf*, *Brieger*, *Arndt* u. a. publicirt worden. Worauf beruht dieser Unterschied?

Eine Ausflucht, keine Erklärung ist der Umstand, dass möglicherweise in einzelnen Fällen der Zustand des Patienten eine genaue Prüfung nicht zulässt; oder aber es sind diese Störungen geringfügige, die einer, weil zeitraubend, nicht immer bis in's Einzelne zu verfolgenden Untersuchung entgehen.

Unter allem Vorbehalt möchte ich schliesslich individuelle Unterschiede für dieses Verhalten verantwortlich machen. Hat doch vor Kurzem *Zacher* („Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Band XIV, Heft 13) Beweise für die fast unglaubliche Thatsache geliefert, dass bei einem Paralytiker totale Zerstörung der Pyramidenfaserung im Niveau der innern Capsel durch einen hæmorrhagischen Herd (Section) und secundäre Degeneration bis in's Rückenmark nur passagere und keine bleibende Lähmung nach sich zog.

Wenn auch die Erklärung, die er dafür gibt, natürlich mit dem hier behandelten Gegenstand in keinem Zusammenhange steht, so ist es doch erlaubt, aus Analogie den Schluss zu ziehen, dass unter gewissen Umständen der Ausfall gewisser Rindenfunctionen sich in verschiedener Weise kundgibt.

Schliesslich will mir scheinen, dass bei denjenigen Fällen, die ohne Sensibilitätsstörungen einhergehen, es sich immer um gewaltsame Zerstörungen (Schuss, Hiebwunden, Fracturen) handelt, während nach Blutungen oder Gefässverstopfungen Alteration des Gemeingefühls häufig vorkommt.

Vereinsberichte.

36. Versammlung des ärztlichen Centralvereins.

Samstag den 27. October 1888 in Olten.

Präsident: Dr. *E. Haffter*. — Schriftführer ad hoc: Dr. *Ganguillet* (Burgdorf).

(Fortsetzung.)

III. Vortrag von Prof. *Forel* (Zürich): **Die practische ärztliche Seite des Hypnotismus, mit Demonstrationen.**

Vor Beginn desselben erwähnt der Vortragende, dass am 15. November nächsthin in Ellikon (Ct. Zürich) eine Trinkerheilstätte eröffnet werden wird. Da die Vorurtheile gegen ein solches Institut allenthalben noch gross sind, so ersucht er die anwesenden Collegen, jeder in seinem Kreise dieselben nach Kräften zu bekämpfen und dem Asyl passende Patienten zuzuschicken, um so mehr, da das Kostgeld, das jetzt noch ziemlich hoch bemessen ist, mit der steigenden Zahl von Patienten auch entsprechend wird herabgesetzt werden können.

Indem er nun zum Thema seines Vortrages übergeht, bedauert Redner, der kurz zugemessenen Zeit wegen sich über die Theorie des Hypnotismus und seine psychologische Bedeutung nicht weiter auslassen zu können. Er setzt vielmehr voraus, das Wesentlichste über Hypnotismus und Suggestion sei den meisten Anwesenden bekannt, um so mehr, da das bekannte Buch *Bernheim*'s „De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique" nun auch in's Deutsche übersetzt worden ist von Dr. *Sigm. Freud* (Verlag von Franz Deuticke in Wien).

Nur aphoristisch will Vortragender die folgenden Grundprincipien der Hypnose und der Suggestion andeuten, die leider noch vielfach missverstanden werden.

1) Hypnotismus und Suggestion (d. h. Eingebung, Einrede, Zuspruch) sind gleichbedeutend. Die angeblichen andern Arten oder vielmehr Methoden der Hypnose wie die *Braid-Hansen*'sche Fixationsmethode mit der sogenannten somatischen Theorie, ferner der ganze Mesmerismus mit seiner Fluidumtheorie sind höchst wahrscheinlich nichts anderes als missverstandene, unbewusste Suggestion.

2) Die Erkenntniss und das Verständniss der Suggestion, die wir dem practischen Arzte *Liébault* in Nancy (1866) verdanken, macht jetzt nach längerem Vergessen und Unbeachtet-Bleiben rasende Fortschritte in ganz Europa. Schon haben sich an verschiedenen Orten Specialisten ausgebildet und niedergelassen, welche grosse Erfolge erzielen. Ausser den bekannten Forschern von Nancy: *Liébault* und *Bernheim* sind zu nennen: *Reuterghem* in Amsterdam, *Wetterstrand* in Stockholm, *Moll* und *Sperling* in Berlin, *Freud* in Wien, *Baierlacher* in Nürnberg, *Ringier* in Combremont und andere mehr.

3) Die Nancy'sche Methode der Hypnose hat allein durchschlagende und gefahrlose Erfolge aufzuweisen.

4) Im Zustande der Hypnose können suggestive Wirkungen erzielt werden, welche nach *Bernheim* nichts anderes sind als ideosensible und ideomotorische Reflexe. Die



Hypnose selbst haben wir als einen dissociirenden Vorgang aufzufassen, der die Cohæsion der associirten Gedankendynamik lockert und hiedurch das Gehirn plastisch macht. Die Folge hievon ist, dass die sonst von der Bewusstseinsconcentration hauptsächlich in Anspruch genommenen Kräfte nun frei und gleichsam herrenlos werden und daher durch eine von aussen einwirkende Kraft, die suggerirende Person, leicht beherrscht und gelenkt werden können. Im normalen Schlaf ist unsere Seele ebenfalls dissociirt und plastisch, aber lange nicht in dem Maasse wie im hypnotischen Zustande. Der letztere zeichnet sich vielmehr vor dem normalen Schlaf durch grosse Variabilität aus und zeigt alle Uebergänge vom Schlafe bis zum wachen Zustand. Dabei ist also das Gehirn in hohem Grade plastisch oder suggestibel, d. h. für Eingebungen, Suggestionen empfänglich. Ist einmal der hypnotische Zustand erreicht, ist dem Gehirn einmal der Impuls gegeben, dann kann die Plasticität resp. Suggestionsfähigkeit desselben auch noch im wachen Zustand fortdauern. Behufs Erzielung der Hypnose und daran anschliessend suggestiver Wirkungen muss die Seele des Menschen gleichsam überrumpelt werden. Diese Ueberrumpelung ist am besten mit der Panik einer Armee zu vergleichen, deren Streitkräfte, einmal auseinandergesprengt, durch viel geringere aber concentrirt operirende gegnerische Massen vollständig beherrscht werden können. Am besten erreicht man dieselbe durch Schleichwege, indem man womöglich einen schwachen Punkt in der Gedankenassociation des zu Hypnotisirenden aufsucht, denselben besetzt und von da aus, wie von einer Eingangspforte, die Herrschaft über das ganze Seelenleben erzwingt.

Um suggestive Wirkungen zu erzeugen, ist es daher am practischsten, den Zustand des hypnotischen Schlafs zu wählen, einerseits da derselbe meist nicht schwer herbeizuführen ist, anderseits da er die Suggestibilität d. h. Plasticität oder den Dissociationszustand des Gehirns erhöht. Der normale Schlaf eignet sich nicht zur Erzielung suggestiver Wirkungen; denn während desselben besteht meist ein cataleptischer Zustand, der die Plasticität des Gehirns nicht wohl zu Stande kommen lässt. Ebenso eignet sich auch der wache Zustand kaum, um suggestive Wirkungen hervorzurufen, es sei denn, dass das Gehirn durch vorausgegangene wiederholte hypnotische Zustände einen genügenden Grad von Plasticität auch im wachen Zustande erlangt habe.

5) Suggestive Wirkungen treten autochthon bei jedem Menschen auf. Freilich sind wir an diese Auto-Suggestionen so sehr gewöhnt, dass wir sie gar nicht mehr beachten. Dahin gehört z. B.

a. das Gähnen durch sog. Ansteckung, wenn Andere gähnen;

b. der bei vielen Menschen regelmässig um die gleiche Zeit sich einstellende Schlaf;

c. das Erröthen bei Worten, Ausdrücken, welche das Schamgefühl verletzen;

d. die bekannte Erscheinung, dass ein Schmerz, z. B. Zahnweh, durch psychische Eindrücke ganz plötzlich verschwinden kann;

e. der bekannte Einfluss psychischer Affecte auf den Appetit, z. B. die sofortige Sistirung des Appetits in Folge einer Trauerdepesche u. s. w.

6) *Bernheim* hat vollständig Recht mit seinem Ausspruch, dass, wer nicht im Stande ist, 80—90% der geistig normal beanlagten Menschen (aus einem Spital z. B.) zu hypnotisiren, sich sagen muss, dass er die Methode der Hypnotisation und Suggestion noch nicht ganz beherrscht.

7) Die Suggestibilität des Menschen ist eine unbeachtet gebliebene Eigenschaft unserer Gehirn- resp. Seelenthätigkeit, was sich übrigens leicht daraus erklärt, dass der grösste Theil unserer Grosshirnthätigkeit unbewusst vor sich geht.

8) Die Suggestion bewirkt einen erhöhten Einfluss des Gehirns auf die periphere Nerventhätigkeit, z. B. tritt im Schlaf auf Grund einer blossen Traumhallucination eine Pollution auf, was im wachen Zustand nicht der Fall wäre.

Nach diesen allgemeinen Grundsätzen über Hypnotismus und Suggestion geht der Vortragende auf die Methodik über. Um durch die Suggestion den hypnotischen Zustand zu erreichen, sind gewisse Bedingungen zu erfüllen:

1) Bedarf es einer gewissen Vorbereitung und Beruhigung des zu Hypnotisirenden („Sie werden ruhig schlafen, der Schlaf wird Ihnen die Nerven beruhigen, er wird Sie stärken und kann Ihnen nur wohlthun“).

2) Der Patient muss auf einen Lehnstuhl oder in ein Bett gebracht werden, wo er sich recht behaglich fühlt und wo der Schlaf um so leichter eintreten kann.

3) Es muss ihm — und das ist die Hauptsache — die Ueberzeugung beigebracht werden, dass man ihn einschläfern kann und dass er wird einschlafen müssen. Darüber darf überhaupt kein Zweifel möglich sein, sonst kommt der Erfolg der Hypnose in Frage. Es gehört hiezu bei dem Hypnotiseur eine gewisse Dosis Selbstvertrauen, ja geradezu Frechheit.

4) Verschiedene äussere Umstände befördern den Eintritt des hypnotischen Schlafes; so das Senken der Augenlider, das Abwärtsrichten des Blickes durch die allmälige Senkung der vorgehaltenen Finger. Ferner muss schon durch die Stimme des Hypnotiseurs der Schlaf suggerirt werden. Dieselbe muss allmälig langsamer, eintöniger, mit einem Wort schläfriger werden, um schon hiedurch das Individuum zum Schlaf zu bringen.

5) Verschiedene Kniffe sind endlich nothwendig, um den hypnotischen Zustand zu erzielen. Das Individuum wird durch gewisse Behauptungen geradezu überrumpelt. Man lässt den Arm über den Kopf halten und macht dem Patienten weiss, derselbe könne gar nicht mehr herabsinken, sondern müsse vielmehr immer höher sich heben, wobei durch unbemerkte, durch künstliche Haltung der Arme das Individuum irregeführt wird. Dabei muss auch auf die Phantasie des zu Hypnotisirenden mächtig eingewirkt werden, damit dieser zur Ueberzeugung komme, dass er ganz in der Gewalt des Hypnotiseurs ist („Sie sehen, dass Sie mir folgen müssen, dass Ihre Nerven mir ganz gehorchen müssen u. s. w.“). Auch sensible Täuschungen tragen zu einem raschern Eintritt der Hypnose bei, so z. B. die Suggestion der Laus, die im Gesicht kratzt und andere mehr. Bei Allem dem muss man sich aber vor Simulation oder vor Gefälligkeiten Seitens des Patienten zu schützen wissen. Das geschieht am besten durch genaues Befragen des Hypnotisirten nach der Hypnose. War das Individuum wirklich hypnotisirt, dann besteht vollständige A m n e s i e; bei Simulation natürlich nicht.

Ist aber einmal der Zustand der wirklichen Hypnose mit ihrer Amnesie erreicht, jener Zustand, in welchem, wie wir sahen, das Gehirn plastisch, für Eingebungen empfänglich ist, dann gelingt es, durch Suggestion eine ganze Reihe von Symptomen zu produciren, von denen die wichtigsten die folgenden sind:

1) Catalepsie oder lähmungsartige Zustände, Störungen in der motorischen Sphäre.

2) Alterationen der Sensibilität, Anästhesie, Hyperästhesie, Gefühls- und Hauthallucinationen, so z. B. das Gefühl von Jucken.

3) Sensorielle Störungen, Blindheit z. B.

4) Hunger- und Durstgefühl.

5) Verschiedene Secretionsvorgänge, Urindrang, Stuhlgang.

6) Abnorme Empfindungen wie Ekel, Brechreiz.

7) Zahlreiche Reflexthätigkeiten, Gähnen, Niessen.

8) Vasomotorische Erscheinungen, Hautröthe, ja selbst Blutungen, Nasenbluten.

9) Affecte, Heiterkeit, Traurigkeit u. s. w.

10) Endlich ist durch Suggestion eine Beeinflussung des gesammten Denkens, der Gewohnheiten eines Individuums, kurz eine totale Veränderung der Person zu erzielen.

Auch das E r w a c h e n aus dem hypnotischen Zustande beruht auf einem suggestiven Vorgange. Bei den früheren Methoden, der Fixationsmethode z. B. war den Medien die Idee, freilich unbewusst, suggerirt worden, dass sie durch Anblasen aus der Hypnose erwachen würden, was dann jeweilen geschah. Irgend eine andere Idee, irgend ein anderer Vorgang kann aber ebenso gut zum Erwachen aus der Hypnose suggerirt werden, so z. B. das Zählen, Klatschen u. s. w. Zum Beweise dieser Ansicht blies übrigens Prof. *Forel* seine mitgebrachten Medien, die von einer solchen suggerirten Methode des An-

blasens nichts wussten, mehrmals an, ohne dieselben im Geringsten aus ihrem hypnotischen Schlummer zu wecken.

Eine sehr interessante Erscheinung bei den Suggestionsvorgängen sind die posthypnotischen Wirkungen. Da nämlich die Plasticität des Gehirns auch nach erfolgter Hypnose andauert, so dauert dem entsprechend die Wirkung suggerirter Symptome auch nach dem Erwachen fort.

Diese Eigenschaft der suggerirten Ideen kann nun verwerthet werden zu rascher Wiedererzeugung des hypnotischen Zustandes. Es genügt, dem Patienten die Idee zu suggeriren, dass nach einer gewissen Thätigkeit, nach bestimmten Manipulationen, im wachen Zustande der Schlaf wieder eintreten werde, um die Hypnose jederzeit rasch wieder herbeizuführen. Ein Schluck Wasser, das Ansehen eines Knopfes, eines Stückes Holz, kurzum die verschiedensten Gegenstände und Vorkehren können in dieser Weise zur Reproduction der Hypnose verwendet werden. Die Anwendung der Suggestion gegen Schlaflosigkeit, auch bei Abwesenheit des Hypnotiseurs und längere Zeit nach der ersten Hypnose erklärt sich so leicht aus den posthypnotischen Wirkungen. Ebenso wirft die Erkenntniss der Suggestionsvorgänge ein neues Licht auf die Wirkung und Wirksamkeit der sog. Amuletten. Wenn einer Person bei der Uebergabe eines Amuletts gleichzeitig die Idee von der Wirksamkeit desselben bewusst oder unbewusst suggerirt wird, dass das Anschauen desselben eine gewisse Wirkung ausüben werde, so erhellt aus den posthypnotischen Wirkungen der Suggestionen, dass auch in Abwesenheit der suggerirenden Person, oder lange nach der ursprünglichen Suggestion, das blosse Ansehen des Amuletts die frühere Wirkung wieder frisch wird suggeriren müssen. Beiläufig erwähnt der Vortragende, dass er mehreren Personen wegen Schlaflosigkeit verschiedenartige Amuletten überreicht habe, deren Betrachtung den ursprünglich suggerirten Eintritt des Schlafes regelmässig hervorrufe.

Bei der Anwendung der Suggestion vergesse man ja nicht, dass auch wir Aerzte Menschen und daher suggestibel sind. Man suche sich daher vor Autosuggestion so viel als möglich zu bewahren und hüte sich, bei der Beobachtung von Suggestions-, wie übrigens auch andern pathologischen oder physiologischen Vorgängen sich eine angenommene, erwartete Wirkung derart einzureden oder zu suggeriren, dass man sie auch da eintreten zu sehen wähnt, wo dies gar nicht der Fall ist. Eine grosse Reihe von Selbsttäuschungen der Aerzte sind sicherlich nichts anderes als unbewusste Autosuggestionen; ja manche sog. Erfahrungen der alten Beobachter, namentlich auf diesem Gebiete der Medicin, beruhen wahrscheinlich nur darauf.

Gleich wie vor Autosuggestion hüte man sich vor unabsichtlicher Desuggestionirung, will man nicht den beabsichtigten Heileffect der Suggestion in Frage stellen. Denn so gut als man einem Menschen gewisse Vorgänge einreden, suggeriren kann, ebenso gut kann man sie ihm auch wieder ausreden, desuggestioniren. Es ist daher zweckmässig, wenn die Suggestion zu Heilzwecken verwendet wird, dass nicht gleichzeitig mehrere Personen auf dasselbe Individuum einwirken, indem sie sich sonst gegenseitig ihre Erfolge aufheben könnten.

Die Hypnose und die Suggestion ist ein Vorgang, der für den Menschen absolut unschädlich ist, wenn man wenigstens ihm nicht schaden will. In der Hand gewissenloser oder gar böswilliger Menschen freilich kann sie viel Unheil stiften und wird daher bei allgemeinerer Anwendung derselben eine gesetzliche Reglirung und Beschränkung des Verfahrens auf den Kreis berufener ärztlich gebildeter Personen wohl nothwendig werden.

Zur Erzielung therapeutischer Effecte durch das Mittel der Suggestion ist grosse Ausdauer und Geduld nöthig. Man lasse es nicht bei einem einzigen Versuch bewenden, sondern wiederhole dieselben öfters bis man zum Ziele gelangt. Dabei gehe man nicht immer auf die gleiche Weise vor, sondern bestrebe sich, möglichst abzuwechseln, um so durch mannigfaltige Angriffe Terrain zu gewinnen. Dabei bleibt immer die Hauptsache, dass man Ueberzeugung an den Tag lege und mit grosser Wärme an den Patienten herantrete. Mit Zweifeln und Muthlosigkeit ist nichts zu erreichen.

Was nun die therapeutischen Erfolge der Suggestion anbelangt, so erhellt schon aus der Natur der Sache fast von selbst, dass sie sehr verschieden sein können, entweder null, oder blos vorübergehend, oder dauernd. Besonders gute Erfolge zeigen sich bei rascher, energischer Einwirkung; dauernde, wenn keine dauernde Gegenwirkung im Körper besteht. Dass die Suggestion keine Panacee darstellt, ist selbstverständlich; ebenso auch, dass sie bei Krankheiten, die mit schwereren anatomischen Läsionen einhergehen, nichts helfen kann.

Zum Schluss zählte Prof. *Forel* noch diejenigen Krankheiten und krankhaften Zustände auf, bei welchen die Anwendung der Suggestion Erfolge aufzuweisen hat. Es sind dies:

1) Spontaner Somnambulismus.

2) Schlaflosigkeit.

3) Schmerzen aller Art; Kopfschmerzen (Migränen), Neuralgien (Ischias), Zahnschmerzen u. s. w.

4) Functionelle Lähmungen und Contracturen.

5) Alcoholismus und Morphinismus.

6) Rheumatismus.

7) Appetitlosigkeit.

8) Stuhlverstopfung und Diarrhoe.

9) Zur Erzielung chirurgischer Anästhesie bei Zahnextraction, auch schon zur Anästhesie bei der Geburt verwendet. Dabei muss man sich aber hüten, vor dem Patienten grosse Vorbereitungen zu treffen und ihm dadurch Angst einzuflössen, indem sonst die Suggestion sicher misslingt.

10) Menstruationsstörungen (Metrorrhagie und Amenorrhoe).

11) Chlorose.

12) Stottern, nervöse Sehstörungen.

13) Neurasthenische Beschwerden.

14) Uebligkeit, Seekrankheit.

15) Enuresis nocturna.

16) Nervöse Hustenanfälle (so bei einem Fall von Emphysem).

17) Hysterische Störungen. Dabei ist aber zu bemerken, dass Hysterische, wie auch Geisteskranke, gewöhnlich schwer zu hypnotisiren sind, so dass die Erfolge oft ausbleiben.

Nach beendigtem Vortrage machte Prof. *Forel* an zwei von Zürich mitgebrachten Personen noch einige Demonstrationen, welche bei allen den Collegen, welche noch nie Gelegenheit gehabt hatten, solche Experimente zu sehen, allgemeines Staunen erregten. Die beiden Frauen waren schon mehrmals hypnotisirt worden; es trat daher die Hypnose sehr rasch ein. Einige Worte des Zuspruchs — und die Medien schliefen fest, ohne von dem ganzen Vortrage das geringste zu merken. Dabei bestand völlige Amnesie, wie man sich später überzeugen konnte. Prof. *Forel* suggerirte ihnen nun nacheinander die verschiedensten Symptome: Anästhesie, Contracturen, Paresen, Zwangsbewegungen, Gefühls- und Gesichtshallucinationen (Darreichung eines Messers unter gleichzeitiger Suggestion, dass es ihrer drei seien), Blindheit, Veränderungen der Person (dem Medium wird die Ansicht suggerirt, es sei ein exerzirender Corporal) und schliesslich noch vasomotorische Störungen (das Gefühl des Brennens mit gleichzeitiger Röthung der Haut). Dabei konnten entsprechend dem Zustand der Plasticität des Gehirns diese Symptome grösstentheils sowohl im wachen als im hypnotischen Zustande suggerirt werden. Zur Illustration der chirurgischen Anästhesie, welche durch Suggestion zu erzielen ist, liess Prof. *Forel* zwei Schächtelchen voll Zähne circuliren, die er während der suggerirten Anästhesie extrahirt hatte.

Die eine der beiden Versuchspersonen war ein blasses, anämisches Mädchen, welches profuse Metrorrhagien sehr heruntergebracht hatten. Beim jedesmaligen Eintritt der Menses hat ihr nun Prof. *Forel* jeweilen durch Suggestion die Menses unterdrückt, wodurch sie in den Stand gesetzt wurde, sich allmälig wieder zu erholen.

Hätte man bei diesen mitgebrachten Medien noch einige Zweifel hegen und an eine möglicherweise stattgefundene Dressur oder Simulation denken können, so musste jeder Zweifel vollends schwinden, als Prof. *Forel* an zwei Patienten des Oltener Spitals, Personen, die er vorher noch nie gesehen hatte, einer Reconvalescentin von Pneumonie und an einem jungen anämischen Menschen seine Experimente wiederholte. Freilich gelang die Hypnose nicht so rasch, wie bei den beiden Zürcherinnen, da die Betreffenden vorher noch nie hypnotisirt worden waren. Innert 4—5 Minuten jedoch, nach einigem Zuspruch und nach den erwähnten Vorbereitungen schliefen die Beiden ganz fest und konnte Prof. *Forel* ohne grosse Mühe an denselben Contracturen, Paresen, Anästhesie, Gesichts- und Gefühlshallucinationen und anderes mehr suggeriren. Höchst instructiv war auch die Suggestion des Erwachens nach dem Zählen bis auf 3 und das Wiedereinschlafen nach dem Genuss eines Schluckes Wasser.

Allgemein war das Interesse an diesem lehrreichen Vortrage und den ihn begleitenden Demonstrationen; kaum wandte sich die Aufmerksamkeit der zahlreichen Zuhörer je einen Augenblick von dem fesselnden Thema ab, das mit so viel Lebendigkeit und Feuer vorgetragen wurde. Darum war es auch nicht zu verwundern, dass rauschender Beifall zum Schluss den Redner für seine Mühe lohnte. Nachdem man fast athemlos diesen staunenerregenden wunderbaren Dingen zugehorcht und mit grossen Augen die zahlreichen Experimente verfolgt hatte, herrschte nur eine Stimme der Anerkennung und der Dankbarkeit gegenüber Herrn Prof. *Forel*, dass er uns auf so anregende Weise in jenes bis jetzt noch so dunkel gebliebene Gebiet der Medicin eingeführt hat. Sind doch die merkwürdigen Vorgänge der Suggestion ganz dazu angethan, eine Reihe von Erscheinungen der Natur und des menschlichen Lebens sowie zahlreiche Begebenheiten aus der Geschichte, die uns bis jetzt noch ganz räthselhaft und fast unglaublich erschienen, nun auf natürliche und wissenschaftliche Weise zu erklären.

Die Zeit war unterdessen rasch vorgerückt, die Suppe im Begriff zu erkalten; der Magen knurrte — denn so weit hatte es der Vortrag doch nicht gebracht, uns den Hunger weg zu suggeriren — und so wurde denn hiemit der erste Act geschlossen und die noch übrigen Tractanden und Vorträge auf die nächste Sitzung verschoben. Wegen der Wichtigkeit des Tractandums betr. die Organisation des schweizerischen Sanitätswesens wurde beschlossen, die F r ü h j a h r s s i t z u n g nächstes Jahr in B e r n gemeinsam mit der Société médicale de la Suisse romande abzuhalten.

(Fortsetzung folgt.)

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern.

Erste Sitzung im Winter-Semester 1888/89, Dienstag den 23. October im Casino.

Präsident: Dr. *Schærer*. — Actuar: Dr. *Dumont*.

Anwesend 24 Mitglieder und 5 Gäste.

1. Dr. *Schærer* theilt denjenigen Mitgliedern des Vereins, welche der Schlusssitzung in Gümlingen nicht beiwohnen konnten, mit, dass der Verein seinem langjährigen Mitgliede, Herrn Dr. *E. Bourgeois*, der im letzten August sein 50jähriges Doctorjubiläum feierte, bei diesem Anlasse seine aufrichtigsten Glückwünsche durch den Vorstand aussprechen liess. Es wird die betreffende Adresse und die Antwort des Jubilars vorgelesen.

2. Dr. *Dubois* hält einen Vortrag **„Ueber den Nachweis metallischer Fremdkörper mittelst Electricität.“**

Er erläutert die physicalischen Gesetze, welche bei der Construction der „Kugelsucher“ in Anwendung kommen und demonstrirt einige, meist zu Demonstrationszwecken improvisirte Apparate. Die Instrumente zum Nachweis metallischer Fremdkörper lassen sich in 5 Classen eintheilen.



Die 1. Classe umfasst Instrumente, bei welchen die im Leibe steckende Kugel zur Schliessung eines electrischen Stromes benützt wird. Die zwei Endpole eines galvanischen Elementes sind zu einer Art Sonde vereinigt, welche durch den Schusscanal bis zur Kugel geschoben wird. Sowie die in feinen Stahlspitzen endigenden Leitungsdrähte die Kugel berühren, so ist damit der Strom geschlossen und man kann die Existenz dieses Stromes mittelst eines stromanzeigenden Apparates nachweisen. Dr. *Fabre,* Professor der Physik in Marseille, hat diese Methode vorgeschlagen und benutzt dazu ein Galvanometer. Er empfahl dazu ein empfindliches Galvanometer, und da ein solches Instrument schon eine Ablenkung zeigt, wenn der Strom durch Muskelfleisch geschlossen wird, so war er genöthigt, eine schwache Stromquelle zu benutzen. Dr. *Fontaine,* ein französischer Militärarzt, construirte 1862 eine auf diesem Princip basirte Kugelsonde. — 1863 wurde von Oberstabsarzt *Neudörfer* in Wien ebenfalls eine metallprüfende Sonde, bei welcher als Stromquelle eine kleine Thermosäule verwendet wurde, angegeben.

Der Gedanke, ein empfindliches Galvanometer und eine schwache Stromquelle zu benützen, ist unpractisch. Wenn der Strom dieses galvanischen Elementes auf den kleinen Widerstand einer Metallkugel geschlossen wird, so ist die Intensität des Stromes eine grosse. Ein solcher Strom lässt sich mittelst sehr einfacher, wenig empfindlichen Apparate nachweisen. Ein ganz gewöhnliches Galvanometer mit einer einzigen Windung genügt dazu, ja sogar eine Magnetnadel. Die Leitungsdrähte brauchen nur in der Nähe der Nadel gehalten zu werden, damit eine erhebliche Ablenkung stattfinde. Noch einfacher ist es, als Stromprüfer einen *Neef*'schen Hammer oder eine electrische Klingel zu benützen. Ein Telephon könnte dazu auch verwendet werden, im Nothfall auch ein Stück Phenolphtaleinpapier, welches an der Kathode roth gefleckt wird.

Trouvé in Paris construirte nach diesem Plane eine feine Kugelsonde, bei welcher der Schluss des Stromes einen niedlichen, zwischen zwei Uhrgläser eingebrachten Trembleur (Révélateur) in Bewegung setzt. Die zur Extraction des Projectils (Extracteur) benutzte *Museux*'sche Zange kann ebenfalls in den Stromkreis eingeschaltet werden, wobei der Trembleur sofort anzeigt, ob man die Kugel richtig gefasst hat.

Die Instrumente dieser Art sind in vielen Fällen ganz brauchbar. Die französischen Constructeure haben die aus den zwei von einander isolirten Stahldrähten bestehende Sonde so fein gemacht, dass sie auch in das Lumen eines engen Troicarts eingeführt werden kann; somit kann diese Sonde auch verwendet werden, wenn die Kugel vom Schusscanal aus nicht erreichbar ist.

Die Nachtheile solcher Kugelsonden sind folgende: Erstens ist die feine doppeldrähtige Sonde delicat; sie lässt sich nicht biegen und die Spitzen können leicht beschädigt werden. So klein die Distanz zwischen beiden Spitzen auch sein mag, kann es doch vorkommen, dass nur eine der Spitzen mit der Kugel in metallische Berührung kommt. Eine Oxydschicht auf der Kugel kann auch den Strom so abschwächen, dass der Trembleur nicht spielt.

Zum Apparat gehört ein galvanisches Element, und ein solches ist nicht bequem transportabel oder ersetzbar, wenn es beschädigt ist. Endlich ist der Apparat ziemlich theuer (Fr. 70).

Die Apparate dieser Art können mit Vortheil durch die telephonische Sonde von *Graham Bell*[1]) ersetzt werden, welche die 2. Classe der Kugelsucher bildet. Diese schon vor etwa 6 Jahren erfundene, von Dr. *Kaufmann* in der Versammlung der naturforschenden Gesellschaft in Solothurn demonstrirte Sonde ist höchst einfach. Sie besteht aus einem einfachen Hörtelephon, dessen einer Draht mit einer Stahlplatte verbunden ist, während der andere Draht in eine Stahlnadel endigt. Die Stahlplatte wird in den Mund (Rectum oder Vagina) des Patienten gelegt oder mit Essig benetzt auf die Haut applicirt. Wird nun die Stahlsonde durch den Schusscanal eingeführt, oder mittelst Punction durch die Haut mit der Kugel in Berührung gebracht, so entsteht ein electrischer

---

[1]) Vgl. „Illustrirte Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik", pag. 229, Jahrg. 1888. *(Dumont.)*

Strom. Der Körper bildet somit die Flüssigkeit eines Elementes, in welches zwei verschiedene Metalle (Stahl und Blei) eingetaucht sind. Bei jeder Berührung mit der Kugel hört man im Telephon ein Geräusch, ein kurzes „Click", wenn nur eine Berührung stattfand, ein reibendes Geräusch, wenn die Sonde reibend über die Kugel geführt wird. Theoretisch könnte man glauben, dass ein solcher Strom nur dann genügend stark ist, wenn die beiden Metalle weit von einander in den Spannungsreihen liegen. Dem ist aber nicht so. Das Telephon ist für Stromschwankungen so empfindlich, dass diese Sonde auch zum Nachweis einer Stahlkugel gebraucht werden kann. Zwei Stahlstücke sind nie ganz gleich, die Oberfläche kann mehr oder weniger oxydirt sein; zwischen zwei in den Körper oder in eine Flüssigkeit eingetauchten Stahlstücken besteht immer noch eine Potentialdifferenz, welche das Telephon zum Tönen bringt. Die Ströme, die dabei entstehen, sind übrigens gar nicht so schwach und sind an einem guten Galvanometer ganz gut messbar. So ergab ein Versuch einer kleinen Schüssel lauwarmen Wassers folgende Zahlen bei einem Galvanometerwiderstand von 4905 Ohms: Zink 0,100 Milliampères, Blei 0,028 M., Zinn ? M., Eisen (Stahl), Kupfer 0,038 M., Messing 0,028 M., Platin ? M., Kohle 0,040 M. — Zwischen Zink und Stahl ist die grösste Potentialdifferenz, zwischen Blei und Stahl die kleinste. Ist die Bleikugel noch angefettet, so ist die Stromstärke noch kleiner. Sie betrug 0,007 M. statt 0,028. Zink, Blei, Zinn verhalten sich negativ gegenüber Stahl; Kupfer, Messing, Kohle positiv.

Zwischen zwei Stahlstücken ist der Strom bald nach einer Richtung, bald nach der anderen, und die Potentialdifferenz ist oft ebenso gross, wie zwischen Blei und Stahl. — Alle diese Ströme sind stark genug, um das Telephon zum Tönen zu bringen, vorausgesetzt, dass durch plötzliche Berührung Stromschwankungen stattfinden. — Stahl empfiehlt sich zur Anfertigung der Nadel, weil er fester ist und ganz dünne Nadeln verwendet werden können. Dagegen kann man im Nothfall auch andere Metalle brauchen, einen Esslöffel, irgend eine andere Metallplatte gebrauchen.

Diese telephonische Sonde ist äusserst empfindlich, sie zeigt jedes Metall an; auch stecknadelkopfgrosse Stücke geben ein deutliches Geräusch im Telephon. Feine Stahlnadeln dürfen überall und wiederholt eingestossen werden, so dass das Instrument als das zweckmässigste zum Nachweis von Metallfremdkörpern angesehen werden kann.

Der einzige Nachtheil ist, dass die Sonde die Kugel berühren muss und letztere nicht immer zu finden ist.

Die 3. Classe besteht aus Instrumenten, welche auf dem Princip der *Hughes*'schen Inductionswaage beruhen. Sie bezwecken, den Sitz der Kugel ohne Einstechen, ohne Einführung von Sonden nachzuweisen. Eine solche Inductionswaage besteht aus zwei primären Drahtrollen, in welche ein rasch unterbrochener Strom geschickt wird. Diese zwei primären Rollen induciren Ströme in zwei nebenstehenden secundären Drahtrollen. Diese zwei secundären Spuhlen sind in Verbindung mit einem Telephon und sind so gewickelt, dass die Ströme in beiden Rollen in entgegengesetzter Richtung circuliren. Ist diese Compensation erreicht, so bleibt das Telephon stromlos und stumm.

Wird nun zwischen eine primäre und eine secundäre Spuhle eine Münze gebracht, so entstehen in diesem Metallstück ebenfalls Inductionsströme. Da ein Theil des Stromes der primären Spuhle zu dieser Inductionswirkung verwendet wird, so wird dadurch die Inductionswirkung auf diese secundäre Spuhle geschwächt. Das Gleichgewicht ist nun gestört, das Telephon ist nur von einem Strome durchflossen und tönt. — Eine solche Inductionswaage ist ein äusserst empfindliches Instrument, wenn das Metallstück gut leitend ist, eine Form hat, welche zur Entstehung von Inductionsströmen günstig ist, und wenn das Metallstück zwischen primäre und secundäre Spuhle gebracht werden kann. Gewicht und Legirungsunterschiede zwischen zwei Münzen aus derselben Prägung können auf diese Weise nachgewiesen werden.

Zum Kugelnachweis sind die Schwierigkeiten grösser: die Kugeln bestehen meist aus Blei, welches schlecht leitet, sie sind oft deformirt, lassen sich nicht in die Nähe der

Spuhlen bringen, namentlich nicht in der günstigsten Lage zwischen der inducirenden Spuhle und der inducirten.

Unter dem Namen Telephonic Bullet Probe hat Dr. *Girdner* eine solche Waage für ärztliche Zwecke construirt. Dr. *Kaufmann* in Zürich hat mit Hülfe des Herrn Prof. *Weber* ein empfindlicheres Instrument construirt, welches eine Rubinkugel auf 6 cm. Distanz nachweisen liess.[1])

Immerhin ist die Sache noch im Stadium der Versuche. Wir besitzen noch kein practisch brauchbares Instrument zum Nachweis eines Projectils à distance. In allen Fällen wird eine solche Inductionswaage nur grössere Metallstücke anzeigen. Selbstverständlich müssen grössere Metallmassen aus der Nähe des Instrumentes entfernt werden. Im Falle des Präsidenten Garfield soll der Versuch wegen des eisernen Bettes des Patienten gescheitert sein.

In die 4. Classe gehört die Sonde microtéléphonique von *Chardin* in Paris.

Eine gewöhnliche Metallsonde trägt an ihrem obern Ende ein kleines Microphon. Der Strom eines Elementes geht durch die in stabilem Contact stehenden Kohlenstücke des Microphons zum Telephon. Berührt die Sonde einen Fremdkörper, so versetzt die Reibung die Sonde und das Microphon in Vibration, welche im Telephon hörbar sind. Ein solches Instrument ist sehr empfindlich und zeigt die Anwesenheit nicht nur der Metalle, sondern eines beliebigen Fremdkörpers an. Die Beschaffenheit des berührten Körpers lässt sich ganz genau nachweisen, so dass bei einiger Uebung keine Verwechslung möglich ist. Das Instrument ist theuer (150 Fr.) und kann natürlich nur verwendet werden, wenn die Sonde in reibende Berührung mit der Kugel gebracht werden kann.

Endlich kommen in eine 5. Classe die Instrumente, welche zum Nachweis von kleinen Stahl- und Eisennadeln benützt werden können. Herr Prof. *Kocher* brachte eine Patientin, die wahrscheinlicher Weise eine Nadel im Daumenballen hatte, in's physicalische Laboratorium und liess dieselbe die Hand auf einen kräftigen Electromagneten auflegen in der Meinung, eine Strombewegung hervorzurufen und so den Sitz der Nadel nachzuweisen. Der Versuch missglückte insofern, als durch dieses blosse Auflegen keine Erscheinungen hervorgerufen wurden.

Als aber Herr Prof. *Forster* die so behandelte Hand in die Nähe einer astatischen Galvanometernadel brachte, so zeigte diese eine Ablenkung, und zwar bald nach einer Seite, bald nach der anderen, je nachdem der Süd- oder Nordpol des magnetisirten Stahlnadelstückes einwirkte. — Dieser Versuch ist von Verschiedenen missverstanden worden und man liest sogar in Dissertationen, dass dazu ein empfindliches Galvanometer nöthig ist. — Es braucht eben dabei kein Galvanometer, sondern nur eine leicht bewegliche Magnetnadel, oder zweckmässiger ein astatisches Nadelpaar, welches trotz kräftiger Magnetisirung nur mit geringer Kraft sich im magnetischen Meridian einstellt. Zwei magnetisirte, zu einem astatischen System combinirte Nähnadeln, welche an einem Coconfaden suspendirt sind, genügen dazu vollständig. Da kleine Stücke Stahl nur eine kleine Ablenkung bewirken können, so ist Spiegelablesung zweckmässig. Der Vortragende demonstrirt eine solche Vorrichtung mit Planspiegel, welche namentlich bei Sonnenlicht gut zu gebrauchen ist, und mit welcher Nadelstücke von 5 Millimeter Länge ganz leicht nachgewiesen werden können. Das Nadelpaar mit dem kleinen Spiegel ist in einer Glasröhre angebracht, welche die Nadeln vor Luftzug schützt und die grösstmögliche Annäherung des Projectils erlauben.

Von diesen verschiedenen Instrumenten ist jedenfalls die Telephonsonde von *Graham Bell* die einfachste und sicherste. Sehr nützlich würde sich auch die Inductionswaage erweisen, sobald sie so weit modificirt ist, dass sie in praxi den Nachweis eines Metallstückes mit Leichtigkeit gestatten wird. Redner zweifelt nicht daran, dass es möglich sein wird, nach diesem Princip ein practisches Instrument zu construiren.

In der Discussion bemerkt Prof. *Kocher*, dass die *Chardin*'sche Sonde microtéléphonique nur zu viel Ton gebe und dadurch ein deutlicher Nachweis, ob man es mit Knochen

[1]) Vgl. „Corr.-Bl. für Schw. Aerzte" Nr. 20, 1888, p. 631.



oder mit Metall zu thun habe, nicht leicht möglich werde. Was die Frage betrifft, ob man beim Nachweis von Eisen oder Stahl durch die astatische Nadel den Electromagneten werde entbehren können, so möchte er sich doch dahin aussprechen, dass für kleine Metallstücke, die in einer gewissen Tiefe liegen, derselbe absolut nothwendig sei. Als Beleg dafür erwähnt er eines Falles bei einem Mädchen, das ein kleines Nadelstück an der Innenfläche des Musc. obliquus internus hatte, welch' letzteres nur mit Hülfe eines starken Electromagneten so nachgewiesen werden konnte, dass seine Extraction gelang. Die Spiegelvorrichtung, wie sie der Vortragende demonstrirt, hätte in diesem Falle kaum genügt.

Dr. *Dubois* gibt letzteres zu und betont, dass er mit seiner Spiegelvorrichtung mehr das Princip beleuchten wollte, nach welchem man Metallkörper mit der Magnetnadel suchen müsse. Mit diesem Spiegelapparat kann man Metall bis auf 2cm. Entfernung nachweisen; für tiefer liegende Metallstücke wird man allerdings den Electromagneten nicht entbehren können.

Dr. *de Giacomi* frägt den Vortragenden an, ob es nicht indicirt wäre, Versuche an Leichen oder Kaninchen anzustellen, um die Entfernung zu präcisiren, innert welcher eine Nadel noch nachgewiesen werden kann.

Dr. *Dubois* hält dieses Experimentiren für unnöthig. Die Wirkung einer magnetisirten oder nicht magnetisirten Nadel ist proportional dem Quadrat der Entfernung. Dieses Experiment kann bequemer im Zimmer als an Leichen gemacht werden.

Dr. *Niehans-Bovet* glaubt, dass man häufig in die Lage gerathen könne, nicht nur nach der Kugel, sondern nach den von ihr mitgerissenen Tuchfetzen u. s. w. zu fahnden, Hier würde die *Chardin*'sche Sonde microtéléphonique, welche alle möglichen Fremdkörper im Organismus nachweisen soll, recht am Platze sein.

Dr. *P. Niehans* theilt zwei Fälle mit, bei welchen nach 6 resp. nach 18 Jahren noch eine Phlegmone nach Eindringen von Tuchfetzen bei einer Schusswunde im ersten und von einer Nadelspitze im zweiten Falle auftrat. Es beweist dies, dass man nie ganz sicher sein kann, ob eingedrungene Fremdkörper ohne Reaction bleiben werden oder nicht.

Ebenso erinnert sich Dr. *Jonquière* eines Falles, den er bei *Fauvel* in Paris sah, bei dem nach 9 Jahren ein Stück Blei in einem Taschenband des Larynx nachgewiesen wurde, welches die hochgradigsten Erstickungsbeschwerden verursacht hatte.

Dr. *Lardy* hält dafür, dass man wo immer möglich die sofortige Extraction der Kugel vornehmen sollte und beruft sich dabei auf die Statistik der Brustschussverletzungen, welche bei nicht extrahirten Geschossen noch immer eine Mortalität von 80 % aufweise. — Er hält es auch für einen grossen Vortheil, dass man jetzt Apparate habe, welche den Nachweis einer Kugel im Knochen ermöglichen, denn diese Schussverletzungen sind bekanntlich durch die starke Eiterung, die sie häufig erzeugen, recht gravirend.

Endlich hält Dr. *Dutoit* dafür, dass die Grösse der Kugel für die Beurtheilung der Schwere der Verletzung auch in Betracht fallen könne.

3. **Wahlen:**

Dr. *Schærer* wird als Präsident bestätigt. Dr. *Dumont*, der seine Wiederwahl wegen Mangel an Zeit nicht annehmen kann, wird als Actuar durch Dr. *de Giacomi* ersetzt.

Referate und Kritiken.

Die Ausübung des Hebammenberufes auf antiseptischer Grundlage.

Bearbeitet von *A. Kalt*, Oberarzt an der aargauischen Gebäranstalt.
Aarau, H. R. Sauerländer. 1888. 35 S.

Es ist eine der schwierigsten Aufgaben, das Wesen der Antisepsis — die Entstehung der Wundkrankheiten und die Mittel zu ihrer Verhütung — in einer auch dem Laien verständlichen Weise darzulegen und wem es gelänge, z. B. die Hebammen in

kurzer bündiger Schrift über die cardinalen Punkte in der Antisepsis des Wochenbettes aufzuklären, so zwar, dass sie nicht nach einer Schablone, sondern vom eigenen Verständniss geleitet, die nöthigen Maassregeln ergreifen, der hätte Grosses geleistet. Wenn e i n Versuch dazu das Prädicat der vorzüglichen Klarheit und bei kürzester Form der gründlichen Vollständigkeit verdient, so ist es dieses soeben erschienene kleine Büchelchen. Es ist das beste in seiner Art was ich kenne; auf 35 kleinen Seiten alles für die Hebamme Wissenswerthe in tadellos klarer und übersichtlicher Form vorgebracht.

Ein einziges Tüpfli auf dem i vermisse ich: Bei der Beschreibung des Catheterismus wird die Vorschrift versäumt, dass vor Einführen des Catheters die äussere Harnröhrenmündung und Umgebung sorgfältig gereinigt werden müssen. Mit dem ängstlichst gereinigten Catheter kann man eben doch die Blase gefährden, wenn er beim Einführen über schmierige, nicht zuvor gereinigte Wege geleitet wird. Dem kleinen Buche ist eine grosse Verbreitung zu wünschen; es wird viel Nutzen schaffen. *E. Haffter.*

Die Temperaturverhältnisse der Haut und deren Beziehungen zum Stoffwechsel, zu Erkältung und Catarrh.

Von *Casimir Wurster.* Sonderabzug aus dem Deutschen Reichsanzeiger und Königlich Preussischen Staatsanzeiger. (!)

Berlin, Norddeutsche Buchdruckerei und Verlagsanstalt, December 1887.

Verworrene Phantasien, verkehrte Auffassungen, mangelhafte und falsche Beobachtungen als scheinbare Wissenschaft des *Casimir Wurster* dienen zur Anpreisung von Krebsheilung u. s. w. u. s. w. mit Ozon durch Dr. *Lender*, Berlin W. Potsdamerstrasse 132 (9—10), Culmstrasse 14 (4—5). (!) *Seitz.*

Die öffentliche Prophylaxe der Syphilis.

Von Prof. *A. Fournier*, übersetzt von Dr. *E. Lesser.* Leipzig, F. C. W. Vogel. 67 Seiten. Preis 1 Mark.

Die Académie de médecine hatte seiner Zeit eine Commission beauftragt, die auf dem Gebiete der Syphilis-Prophylaxe so überaus nothwendigen Reformen zu studiren. Die Antwort dieser Commission, welche aus den competentesten Fachmännern zusammengesetzt war, liegt nun vor und zwar in einer vortrefflichen deutschen Uebersetzung. Dieser Bericht hat ungeheures Aufsehen erregt, mit Recht auch ausserhalb Frankreichs, indem mit unwesentlichen Aenderungen sich überall dieselben unhaltbaren Prostitutionsverhältnisse finden.

Die Commission beklagt zuerst, dass die Gefahren der Syphilis immer noch so sehr unterschätzt würden, trotzdem die neuere Zeit so manche früher dunkle Organerkrankungen (Nervensystem, Auge, Lunge etc.) auf Syphilis zurückgeführt hätte; es wird ferner gegenüber einem Laienpublicum darauf aufmerksam gemacht, dass nicht nur die Ausschweifenden unter der Syphilis zu leiden hätten, sondern auch viele Unschuldige (Ehefrauen, Kinder, Ammen, Medicinalpersonen). Nach diesen Vorfragen geht die Commission daran, die Art und Weise der Syphilis-Prophylaxe zu skizziren. Diese Prophylaxe kann und muss auf drei verschiedenen Punkten eingreifen: 1) Behördliche und polizeiliche Maassregeln. Diese können nur gegen die öffentliche Anlockung (Provokation) gerichtet sein. Unter wie vielen Gestalten diese Anlockung in den Städten auftritt, wird mit drastischen, wirklich haarsträubenden Beispielen dargethan. Die Commission schlägt nun vor, diese Anlockung durch das Gesetz als ein Vergehen bezeichnen zu lassen und dieses Vergehen dann mit ärztlicher Ueberwachung der Frauenzimmer zu bestrafen. Die Ueberwachung soll aber nicht mehr wie bisher einfach durch Polizeibefehl angeordnet werden, sondern sie darf nur auf richterlichen Spruch nach angehörter Vertheidigung erfolgen. — Die Einwendungen gegen diesen Vorschlag werden discutirt und der Modus der ärztlichen Ueberwachung entworfen. — 2) Unterbringung der Syphilitischen in Specialspitäler und Möglichkeit einer dauernden, unentgeltlichen poliklinischen Behandlung. Hiezu sind eingreifende Neuerungen im Spitalwesen nöthig. — 3) Bessere Ausbildung der Aerzte in Bezug auf Syphilis. — Schliesslich werden noch die speciellen Verhältnisse in Armee und Marine und im Ammenwesen berührt.

Der ganze Bericht, so klar und warm geschrieben, mit seinen interessanten und traurigen Belegen, verdient die weiteste Verbreitung — auch unter gebildeten Laien.

A. E. B.

An experimental Contribution to intestinal Surgery, with special reference to the treatement of intestinal obstruction.

By *N. Senn* (Milwaukee).

An einer sehr grossen Zahl von Thierexperimenten hat *S.* die Frage practisch studirt, wie Darmoperationen einfacher und ungefährlicher für das Leben des Patienten zu gestalten wären. Er kam dabei auf eine ganz neue, am Menschen bisher nicht geübte Methode der circulären Darmnaht, der Herstellung von Anastomosen im Darm zum Zwecke der Ausschaltung von Darmstücken (Gastroenterostomie etc.). Er erzeugte künstlich bei Hunden Darmstenose, Darmknickung, Volvulus und Invagination und instituirte sodann die entsprechend angezeigte Operation mit der von ihm geübten Modification. Diese Modification besteht, soweit es in einem kurzen Referat wiedergegeben werden kann, darin, dass er z. B. nach Darmresection die beiden Enden so vereinigt, dass er dieselben invaginirt und die Stellung durch ca. 4 Nähte fixirt.

Eine solche Operation lässt sich in 20 Minuten zu Ende führen. Bei seitlichen Anastomosen von Därmen werden die beiden aufeinander gepassten Oeffnungen durch perforirte entkalkte Knochenplatten, die jeweilen in's Darmlumen eingelegt werden, mit vier Nähten in ihrer Lage erhalten. —

Ueberdies erhöht *S.* die Sicherheit jeder Darmnaht hinsichtlich der Infection des Peritoneums durch sog. Netztransplantationen (omental grafting). Es gelang ihm, Netzstücke von 1—2 Zoll (engl.) Breite und so lang, dass sie die ganze Circumferenz einer Darmnaht bedeckten, zur Anheilung zu bringen; in 24—48 Stunden war die Circulation hergestellt. Ueberdies befördert er die Verklebung der Darmserosa, des Peritoneum, an den Stellen wo es die Heilung erfordert (künstliche Invagination, Anastomose etc.) durch feine Skarificationen des Peritoneum.

Wir können diese Experimentalarbeit, deren Thesen auf dem letzten internationalen medicinischen Congress zu Washington zur Verlesung kamen, und die mit grossem Interesse von den anwesenden Chirurgen aufgenommen wurde, nur angelegentlich zum Studium empfehlen.

Garrè (Tübingen).

Cantonale Correspondenzen.

— **Revision des Volksschulwesens. Schulhygieine.** (Eingesandt.) In einem Vortrage über „Revision des schweizerischen Volksschulwesens“ [1]) zog Herr College *Hürlimann* im October 1887 an der Versammlung des schweiz. ärztlichen Centralvereines eine Parallele zwischen den Volkschulgesetzentwürfen der Cantone St. Gallen und Zürich. Während die erstgenannte Vorlage den Postulaten der Hygieine in vollem Maasse gerecht wurde, konnte der Entwurf aus dem Cantone Zürich den Anforderungen der Hygieine nicht Stand halten. Man hat dort auf eine Revision des Schulwesens in hygieinischer Hinsicht überhaupt keinen grossen Werth gelegt. Die scharfe Kritik, welche an der zürcherischen Gesetzesvorlage geübt wurde, hatte einen frischen Kampf in der Presse zur Folge, dem auch die ärztliche Gesellschaft des Cantons Zürich nicht ferne stehen wollte. In einem Referate besprach Herr College Dr. *Custer* das neue zürcherische Unterrichtsgesetz, das inzwischen durch den zürcherischen Cantonsrath angenommen wurde.

Die Bestimmungen über Erziehung schwachsinniger und Unterstützung scrophulöser Kinder und andere Punkte stimmten die ärztliche Gesellschaft in so fern versöhnlich, als sie sich für Annahme des Gesetzes aussprach. Nach einer in der „Neuen Zürcher-Zeitung“ erschienenen Erklärung des Herrn Dr. med. *Custer* „erachtet es die cant. zürch. ärztliche Gesellschaft in ihrer Aufgabe, für fernere Bestrebungen zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der Schulgesundheitspflege im Cantone kräftig einzustehen.“ Als Ausdruck hiefür kann

---

[1]) Cfr. „Corr.-Blatt“ 1888, pag. 131.

die Annahme folgender zwei von Herrn College *Custer* gestellten Anträge gelten, welche auch den Ansprüchen des Herrn *Hürlimann* gerecht werden:

1) Vornahme einer Gesundheitsuntersuchung aller öffentlichen und privaten Schulen im Canton Zürich;

2) Einführung regelmässiger, sanitarischer Schulinspectionen durch Aerzte.

Diese Beschlüsse verrathen den festen Willen des ärztlichen Standes, sich den bisherigen Ausschluss aus der Schule nicht länger gefallen zu lassen. Als erste Folge dieses Beschlusses der Zürcher Collegen dürfte die beförderliche, definitive Annahme der seit 1882 im Entwurfe liegenden Verordnung über „Erbauung und Einrichtung" von Schulhäusern sein, wodurch die 28 Jahre alten — unrichtigen Bestimmungen aufgehoben werden.

Die Erziehung der schweizer. Jugend soll den ärztlichen Stand in hohem Maasse beschäftigen; wir Aerzte sollten hineinzünden in das Dunkel der Pädagogie und Methodik und ein wachsames Auge halten auf den edlen Schatz, den das Volk dem Lehrerstande mit grenzenlosem Vertrauen anheimstellt.

Ganz besonders aber sollten wir uns mit Begeisterung und Ausdauer überall der Revision der Volksschulgesetze widmen und einer Ignoranz der hygieinischen Postulate mit heiligem Eifer entgegentreten.

Zürich. Am 27. October ging der **bacteriologische Curs** zu Ende, den Herr Dr. *Roth*, Assistent am hygieinischen Institut in Zürich, arrangirte und der am 4. October begann. Es waren schöne und höchst anregende Stunden, die unser 10 Practicanten im alten chem. Laboratorium des Polytechnicums, nunmehr zum Theil umgewandelt zum hygieinischen Institut, täglich vom Morgen bis zum Abend verbrachten, um uns in die junge Wissenschaft einführen zu lassen. Unser verehrter Lehrer, Herr Dr. *Roth*, ein Schüler *Koch*'s, verstand es vortrefflich mit der ihm eigenen Klarheit und Unermüdlichkeit, uns mit der Technik vertraut zu machen und unser Auge für bacteriologische Differentialdiagnostik zu schärfen.

Erst lernten wir die verschiedenen physikalischen und chemischen Hülfsmittel zum Sterilisiren, Züchten, Impfen und Färben kennen und handhaben, und die erforderliche Nährgelatine, sowie die hauptsächlichen Farblösungen selbst zubereiten. Mit den nöthigen Utensilien reichlich ausgerüstet, gingen wir sodann über zum Anlegen von Reinculturen auf Platten, auf Objectträgern, in Röhrchen (Rollröhrchen nach *Esmarch*, Stich- und Strichculturen). Hiezu übergab uns Herr Dr. *Roth* während der ersten Hälfte des Curses nach und nach eine grössere Anzahl saprophytischer Microben, u. A. drei verschiedene Hefepilze, den Leuchtbacillus, bac. fluoresc., prodigios., den Bacillus der blauen Milch, Wurzelbacillus, Heubacillus etc.

Darauf hatten wir drei weitere Nährböden zuzubereiten und zu sterilisiren: den Agar-Agar, die Kartoffeln und den Nährbouillon, in und auf denen nun bald eine hübsche Anzahl Reinculturen sprossten.

Inzwischen handelte es sich begreiflicherweise stets darum, den diagnostischen Scharfsinn im macroscopischen Betrachten der allmälig herangewachsenen Culturen zu üben, möglichst viele Präparate (Klatschpräparate und andere) anzufertigen, zu färben und — last not least — microscopisch zu untersuchen und zwar die guten und „gefehlten", welch' letztere bekanntlich mehr Zeit absorbiren als die guten.

Zur Prüfung unserer nunmehrigen Kenntnisse legte uns Herr Dr. *Roth* in Nährbouillon ein Gemisch von 6 der bisher untersuchten Saprophyten vor, die wir durch Züchten etc. zu differenziren hatten, was ganz gut gelang. Damit waren wir genügend vorbereitet, um die Untersuchung einer Anzahl pathogener Pilze an Hand zu nehmen. Der Milzbrand- und Mäusesepticämiebacillus, der Tetragenus, Pyogenes aureus, der Typhus-, Cholera- und Tuberkelbacillus, die Bacillen von *Deneke*, *Finkler* in Bonn wurden in gleicher Weise wie früher die Saprophyten auf den verschiedenen Nährböden gezüchtet; einzig den Tuberkel- und Cholerabacillus demonstrirte uns Herr Dr. *Roth* in von ihm selbst angelegten Culturen, erstern deshalb, weil er zur Rasenbildung eines Zeitraumes von 8 Tagen im Brütschrank bei 37,5 ° C. bedarf, letztern aus Vorsicht.

Die Färbemethoden erfuhren unterdessen insofern eine Erweiterung, als Herr Dr. *Roth* Mäuse mit Milzbrand- und Mäusesepticämie-Reinculturen inficirt hatte und uns Organproben (Trocken- und Schnittpräparate) zum Färben und entsprechendem Gegenfärben

vorlegte; das gleiche galt bezüglich der Färbung von Trockenpräparaten, die vom Sputum eines Tuberculösen gewonnen wurden, der Färbung von sporenhaltigem Material (Heu- und Milzbrandbacillen) etc.

Wie wichtig aber, abgesehen von der microscopischen Untersuchung, das macroscopische Verhalten der Culturen in Bezug auf Differentialdiagnostik ist, trat besonders deutlich zu Tage beim Vergleich der drei Culturen der microscopisch ähnlich aussehenden Bacillen von *Koch* (Cholera), *Deneke* und *Finkler;* sie verflüssigen die Gelatine eben in verschiedener Weise, entwickeln sich verschieden rasch etc.

Bei der Reichhaltigkeit des durch einen solchen Curs zu bewältigenden Materiales ist es selbstredend in einem Referat unmöglich, auf alle Détails näher und in gebührender Weise einzugehen; das möchte ich aber, am Schluss angelangt, zum Lob des Herrn Dr. *Roth* aussprechen, dass er Dank seiner planmässigen und gediegenen Verarbeitung des Stoffes jeden Curstheilnehmer befähigte, jede beliebige bacteriologische Arbeit (Untersuchung auf Tuberkel, Milzbrand, Typhus, Cholera etc.) nunmehr selbständig durchführen zu können — gewiss ein schöner Gewinn für den practischen Arzt, und wenn derselbe Lust und Liebe zur Sache und Glück hat, für die Wissenschaft! *Ritter.*

Zürich. Roob juniperi, wirksames Diureticum bei nephritischer Hydropsie. Das siebenjährige Töchterchen Maria R. von St. Moritz kam gegen die Mitte Octobers 1888 mit seiner Mutter und mehrern Geschwistern auf Besuch nach Russikon, Canton Zürich. Die lange Fahrt aus dem Engadin bis nach Chur bei kaltem Wind und Schnee war strapaziös; die Kinder froren trotz guter Kleidung und geschlossener Kutsche. Die Kleine zeigte nun nach kurzer Zeit die Symptome einer acuten Nephritis: gedunsenes Aussehen des Gesichts, und nach Verlauf weniger Tage Anasarca der gesammten Körperoberfläche und hochgradigen Ascites. Keinerlei spontane Schmerzen in der Nierengegend; dagegen schmerzhafte und verminderte Harnsecretion; Harn blutig gefärbt, stark eiweisshaltig.

Anamnestisch erhob ich, dass das Töchterchen vor der Reise gesund und stark war; dass es kein Scharlachfieber durchgemacht habe; dass Scharlach überhaupt in letzter Zeit in St. Moritz gar nicht vorgekommen sei. Als Ursache der acuten Erkrankung konnte ich daher blos Erkältung durch die lange frostige Fahrt ansehen. Ich verordnete ruhige Lage in warmem Bett bei mässiger Zimmer-Temperatur; absolute, aber reichliche Milchnahrung und Biliner-Wasser. Daneben täglich prolongirte warme Bäder und nachheriges Einwickeln in warme Wolldecken, um durch stundenlanges forcirtes Schwitzen die Hydropsie zu vertreiben. Während ich in ähnlichen Fällen auf solche Weise stets gute Erfolge erzielte, verfloss hier die erste Woche, es verfloss auch die zweite, ohne dass schweisstreibende Wirkung eingetreten wäre. Die wassersüchtigen Erscheinungen steigerten sich; durch den hochgradigen Ascites ward das Zwerchfell so in die Höhe gedrängt, dass sich heftige Athemnoth einstellte. Schliesslich versuchte ich das Glück mit einem Mittel, welches ich nicht in einem neuern, sondern in einem ältern Lehrbuche empfohlen fand, nämlich in *Vogel*'s Kinderkrankheiten, 3. Auflage, pag. 370. Dort heisst es:

„Als das beste Diureticum, das einzige, das keine unangenehmen Nebenwirkungen hat und längere Zeit ohne Störung der Verdauung gereicht werden kann, ist der Roob juniperi, möglichst frisch bereitet, zu empfehlen. Die Kinder nehmen ihn gezuckert und mit etwas Wasser verdünnt meist gerne, und man kann ihnen leicht 2—3 Kaffeelöffel voll in 24 Stunden beibringen.“

Ich verordnete dieses Medicament um so lieber, da ich in der Kinderpraxis differente Mittel, wie Digitalis etc., nur mit Vorsicht anwende; und überdies scharfe Diuretica bei Nephritis überhaupt contraindicirt sind! Der Erfolg war ein überraschender! Innert mehrern Tagen trat reichliche Harnsecretion ein; die hydropischen Erscheinungen verschwanden; der Urin ward normal; erst blutfrei, dann eiweissfrei, und 14 Tage nach Verordnung von Roob juniperi entliess ich die Patientin als genesen, immerhin unter Verordnung passender diätetischer Vorschriften.

Ich glaubte, diese Publication schuldig zu sein als Dank gegenüber dem trefflichen Medicamente, und um andere Herren Collegen auf dasselbe aufmerksam zu machen.

Dr. *Goldschmid* (Fehraltorf).



Wochenbericht.

Schweiz.

— **Kreosot-Emulsion.** In den letzten Monaten hat sich mir bei der Kreosotbehandlung der Lungentuberculose sowohl für Spital wie Privatpraxis als in jeder Beziehung befriedigendste Form der Kreosot-Darreichung eine von Apotheker Dr. *Engelmann* in Basel nach Art der *Scott*'schen Emulsion hergestellte Kreosot-Emulsion erwiesen. Dieselbe, nach Belieben mit Ol. olivarum, Ol. amygdalarum oder Ol. jecoris dargestellt, ist im Gegensatz zu den gewöhnlichen mit G. arab. bereiteten Emulsionen nach den bisherigen Versuchen bedeutend länger haltbar und erreicht in Verdeckung des Kreosot-Geschmackes Dank der sehr feinen und gleichmässigen Vertheilung des Kreosots in der Emulsion so ziemlich das bisher mögliche, jedenfalls erheblich mehr als die gebräuchlichen übrigen Formen (Kreosotwein nach *Bouchardat-Fräntzel*, Kreosot in kohlensauren Wassern [1]) oder mit Aq. Cinnamom. und Spir. rectific. etc. — Siehe „Therap. Monatshefte“ 1888, Heft 9, p. 419), welche Medicationen ich jeweilen auch practisch versucht habe.

Auch das bei längerem Gebrauche reichlicher Kreosotcapseln nach *Sommerbrodt* sich oft einstellende lästige Aufstossen kommt nach den bisherigen Erfahrungen der Emulsion weit weniger zu und wurde die letztere in mehreren Fällen gerne genommen und gut ertragen, wo nach längerem anderweitigem Kreosotgebrauch die übrigen Formen der Medication wegen Ekel und Aufstossen refusirt wurden. Die Emulsion hat endlich noch den Vortheil einer sehr bequemen Dosirung (in 10,0 Emulsion 0,2 Kreosot) und kann vor oder nach der Mahlzeit in Wasser, Wein, Cognac oder Milch genommen werden, was bei den zur Erreichung eines Erfolges meist nothwendigen hohen Tagesdosen — 0 6—0,8 Kreos. pur. — den meisten Patienten weit angenehmer ist, als die einer gleichen Dosirung entsprechenden täglich einzunehmenden 12—16 Capseln. Da zudem auch der Preis dieser Medication (Originalflaschen von 250 gr. = Fr. 2. 50, Aerzte und Spitäler 30% Rabatt) sich niedriger stellt als derjenige der meisten übrigen, so kann diese Form der Kreosot-Anwendung für Spital und Privatpraxis den Herren Collegen auf's beste empfohlen werden. *Rütimeyer.*

— Dr. *Dind* in Lausanne, unser rühmlichst bekannte College, der unermüdliche Beförderer der öffentlichen Gesundheitspflege, hat in der Sitzung der Société vaudoise de Médecine das wichtige Gebiet der **Schulhygieine** zur Sprache gebracht; durch Beschluss der Gesellschaft sind seine Vorschläge als Memorial den Mitgliedern des Grossen Rathes zugestellt worden, damit sie bei dem neu zu schaffenden Primarschulgesetz Berücksichtigung finden mögen. Dr. *Dind* fasst seine hygieinischen Anforderungen an die Primarschulen in 4 Thesen zusammen:

1) Die Schule soll dem durch Gesetz zum Besuche Verpflichteten so wenig als nur immer möglich Nachtheil bringen, ihn also unter gleiche, wo nicht bessere Bedingungen stellen, als diejenigen sind, unter welchen er zu Hause lebt.

2) Sie soll verhindern, dass ein Schüler seinen Mitschülern — sei es durch ansteckende Krankheiten oder ganz schlimme Charaktereigenschaften — Schaden bringen kann.

3) Sie soll den Gesundheitszustand der Schüler wo möglich durch Beibringung von rationellen hygieinischen Gewohnheiten verbessern, und

4) Dem Schüler die geistige Arbeit durch möglichste Anpassung an Alter und Entwicklungsstadium erleichtern.

Die zur Erreichung dieser Forderungen vorgeschlagenen Mittel entsprechen ungefähr denjenigen, die z. B. im Canton Baselstadt u. a. zum Segen der Schuljugend schon seit längerer Zeit im Gebrauche stehen. Es ist nicht zu zweifeln, dass der Grosse Rath des Cantons Waadt auf die Stimmen seiner ärztlichen Rathgeber hören und durch Organisation einer Schulhygieine sich wie gewohnt als Culturstaat ersten Ranges zeigen wird.

— **Universität Lausanne.** Die Docenten der neu zu organisirenden medicinischen Facultät sind zum Theil noch völlig unbekannt, zum Theil aber durch die vox publica bereits bezeichnet. Officiell als Professoren designirt sind die Herren Dr. *DeCérenville* und Dr. *Roux*, ersterer als Director der innern Klinik, letzterer als chirurgischer Kliniker. Es haben namentlich die neu zu treffenden Einrichtungen in dem Cantonsspital die frühe

[1]) Ein von Dr. *Engelmann* auf meine Veranlassung hergestellter „Kreosot-Siphon“ wurde auf die Länge auch nicht gerne genommen.



Ernennung der beiden klinischen Lehrer nöthig gemacht. Wir gratuliren den Gewählten, den Wählern und der zukünftigen Facultät.

— Die Berichte über bedrohliche Erscheinungen nach innerlichem Gebrauch von **Antipyrin** mehren sich von Tag zu Tag. So erzählt Dr. *Rapin* in der „Revue méd. de la Suisse romande", Nr. 11, folgenden Fall:

Ein 28jähriges Fräulein mit Ischias hat schon mehrmals 1 gr. Antipyrin mit grosser Erleichterung und ohne üble Begleiterscheinungen eingenommen. Sie war aus der ärztlichen Behandlung entlassen mit der Weisung, bei allfälliger Rückkehr der Schmerzen sofort wieder 1 gr. Antipyrin zu schlucken. Dies that sie 5 Tage später. Unmittelbar nach Genuss des Mittels: heftiger brennender Schmerz in der Magengegend; Erbrechen und Collaps. Blauschwarze Cyanose von Lippen und Wangen; juckendes Exanthem über dem ganzen Körper. Patientin erholte sich bis zum folgenden Tag, während 2 andere Kranke mit Arterio-Sclerose bald nach dem Genuss der gleichen Dosis des Mittels (1 gr.) starben.

Auch ich sah einen tödtlichen Collaps bei einem 63jährigen Manne mit schwerer Pneumonie eine Stunde nach der Dosis von 1 gr. Antipyrin. Post hoc, propter hoc?

Also Sorgfalt mit diesem zweischneidigen Medicament! *E. H.*

Ausland.

— In Wien starb am 9. November, im Alter von 66 Jahren, an einem Neoplasma des Respirationsapparates Prof. Heinrich *v. Bamberger*, eine der schönsten Zierden der dortigen med. Facultät, hervorragend als Gelehrter, als Arzt und als Lehrer. Seine beiden Hauptwerke: „Die Krankheiten des chylopoëtischen Systems" und das „Lehrbuch der Herzkrankheiten" machen seinen Namen in der Wissenschaft unvergänglich.

— In Freiburg i. Br. verschied der pathologische Anatom *R. Maier*.

— **Carbonnatronöfen.** In einer Sitzung der deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege warnt Dr. *Petri* vor diesen beliebten weil „billigen, reinlichen und transportablen" kleinen Oefen. Auch wenn die Verbrennungsgase durch einen Gummischlauch zum Fenster hinaus geleitet worden, ist die Quantität des im Zimmer sich ansammelnden giftigen Kohlendunstes eine beträchtliche, so dass z. B. Mäuse, welche in kleinen Drahtkäfigen in verschiedener Entfernung vom Ofen aufgestellt wurden, nach Verlauf von 2—3 Stunden an Kohlenoxydgas starben. (Deutsche Med.-Ztg. Nr. 90).

Es sind mir aus meiner Praxis verschiedene Fälle von Kohlenoxydgasvergiftungen bei Gebrauch von Carbonnatronöfen erinnerlich. So litt z. B. eine ganze Familie 14 Tage lang an vagem Unwohlsein, als dessen Ursache sich schliesslich mit absoluter Sicherheit das Schlafen in einem mit kleinem transportablem Carbonnatronofen geheizten Raum herausstellte. *E. H.*

— **Medicinische Publicistik.** Die „Beiträge zur klinischen Chirurgie" von Prof. *P. Bruns*, die in den bisher erschienenen drei Bänden ausschliesslich Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Tübingen brachten, haben eine Erweiterung erfahren, indem nunmehr auch die Herren Prof. *Czerny*, *Krönlein* und *Socin* als Mitarbeiter sich betheiligen. Das eben erschienene 1. Heft des 4. Bandes (Verlag der Laupp'schen Buchhandlung) enthält eine Reihe von Arbeiten aus den chirurgischen Kliniken zu Basel, Heidelberg, Tübingen und Zürich.

Die Redaction des „Corr.-Blattes" spricht den Wunsch und die Hoffnung aus, die zwei schweizerischen Kliniker mögen deshalb nicht aufhören, unser vaterländisches Aerzteblatt mit Beiträgen zu bedenken; wir schweizerischen Aerzte sind in erster Linie dankbar und empfänglich für das Licht, das uns von unsern academischen Anstalten zuströmt.

— **Vergiftungserscheinungen nach Borsäuregebrauch** werden im „Medical Record of NewYork" (Nummer vom 3. November) gemeldet. Dr. *Welch* in Keyport behandelte chronische vaginale Leucorrhœ, indem er den obern Drittheil der Vagina mit circa 40 bis 50 gr. pulverisirter Borsäure ausfüllte, dieselbe durch einen nachgeschobenen Wattetampon an Ort und Stelle hielt, am 2. oder 3. Tage den letztern entfernte und durch eine warme Irrigation die Vagina reinigte, um sofort wieder eine neue Borsäureeinlage zu machen. 6—8 Wiederholungen sollen genügen, um die verzweifeltste vaginale Leucorrhœ zur dauernden Heilung zu bringen. Indess stellte sich bei dieser Behandlung heraus, dass die Borsäure nicht so indifferent ist, wie man gerne annimmt. In 5 Fällen traten schwere Vergiftungserscheinungen auf mit folgenden Symptomen: eingesunkene Augen, erschreckend collabirtes Aussehen; elender Puls; ganz kühle Haut, von Ansehen,

als ob sie in Aetzkali gesteckt hätte; spärliche Urinsecretion; starke psychische Depression; unerträglicher brennender Schmerz in der Vagina und Ausfluss einer corrodirenden, die Vulva rasch entzündenden Flüssigkeit. In einem Falle Abstossung nekrotischer Theile der Vaginalschleimhaut. — Auch in einem Falle, wo die local corrodirende Wirkung fast Null war, stellten sich die heftigsten Intoxicationserscheinungen ein, was für Resorptionsvergiftung spricht.

— Stabsarzt Dr. *E. Roller* hat ein **antiseptisches Spülmittel** combinirt, dessen Vorzüge darin bestehen sollen, dass es nicht allgemein toxisch auf den Körper einwirkt, daneben aber die verlangte antiseptische Wirksamkeit local entfaltet. Bei der Zusammensetzung der einzelnen Antiseptica, wobei jedes nur in sehr niedriger Concentration vertreten ist, war ausser der leichten Herstellbarkeit, der klaren Lösung, der Standpunkt der Wohlfeilheit maassgebend.

Eine Reihe von Versuchen liessen schliesslich folgende Zusammensetzung als empfehlenswerth erscheinen:

Auf 1 Liter Wasser (es kann Brunnenwasser gebraucht werden) Sublimat 0,05, Chlor. natr. 0,25, Acid. carbol. 2,0, Zinc. chlorat. und Zinc. sulfocarbol. aa 5,0, Ac. boric. 3,0, Ac. salicyl 0,6, Thymoli 1,0, Ac. citric. 0,1.

Die bacteriologische Prüfung, die *R.* anstellte, ergab, dass die Flüssigkeit antiseptische Eigenschaften in genügendem Maasse besitzt — indessen fanden sich doch Blutpräparate, in denen Microorganismen (wenn auch nur in geringer Menge) gekeimt sind.

Veranlasst durch Mittheilungen von *Senger*, der die Giftigkeit des Sublimat in ein ganz erschreckendes Licht stellte, und der *Demme*'schen Mittheilung von einer Sublimat-Vergiftung bei einem Kinde mit Lösung von 1 : 20000 sah sich *Roller* ferner veranlasst, auch noch den Sublimat und das Carbol aus seiner Lösung wegzulassen, — die nach weiteren Versuchen auch so antiseptisch wirkt.

Ueber die günstige Wirkung am Krankenbette gibt *R.* 23 Krankengeschichten von Fällen, die mit seiner Lösung behandelt wurden. Es sind fast ausschliesslich Phlegmonen, oder sonstige entzündliche Processe, die wohl ebenso schön und glatt verlaufen wären bei einer Behandlung mit Brunnenwasser! — die nach der Ansicht des Referenten weder für noch gegen das Mittel sprechen. Wir bedienen uns seit Jahren des Sublimates, ohne jemals irgend nachtheilige Folge gesehen zu haben und haben keinen Grund, davon abzugehen, um eine so complicirte Lösung dafür in den Kauf zu nehmen. *Garrè* (Tübingen).

Stand der Infections-Krankheiten.

	1888.	Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperalfieber	Parotitis ep.	Ophthalmoblennorrhœa	Variola
Zürich u. Aussengem.	4. XI.-10. XI.	8	—	6	3	—	4	—	—	—	—	—
	11. XI.-17. XI.	6	—	—	4	—	1	2	1	—	—	—
Bern	4. XI.-10. XI.	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
	11. XI.-17. XI.	—	1	—	—	4	1	—	—	—	—	—
Basel	11. XI.-25. XI.	2	41	2	12	1	7	7	—	2	1	—

In Basel betreffen von den 41 Masernanzeigen 39 das Birsigthal und das Südostplateau; zu einem grossen Theile Besucher der Elisabethen-Kleinkinderschule und Geschwister u. s. w. von solchen.

Briefkasten.

Schweiz. Medicinalkalender pro 1889. Derselbe wird u. A. als Allen willkommene Neuerung enthalten: Eine genaue Anleitung zur Untersuchung des Magensaftes (mit Verwerthung aller neuesten Errungenschaften auf dem Gebiete der Diagnostik der Verdauungskrankheiten) von Prof. Dr. *Sahli* in Bern. — Dem ausgesprochenen Wunsche, es möchte auch der Einband, von aussen sichtbar, die Jahreszahl eingepresst erhalten, kann für alle direct bei der Verlagsbuchhandlung bestellten Exemplare entsprochen werden.

Aerztealbum. Besten Dank für die Photographie des ehrwürdigen Seniors der Aerzte der Stadt St. Gallen, † Dr. *Girtanner*.

Dr. *Ganguillet*, Burgdorf: Schluss des Oltener-Festberichtes kam zu spät für diese Nummer; erscheint in Nr. 24. Freundl. Gruss und Dank. — Dr. *Müller*, St. Fiden: Ihre schönen Münchenerbriefe erscheinen mit „gemüthlichem" Zusatz eines Ihrer dortigen Mitstudenten in nächster Nummer.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.

CORRESPONDENZ-BLATT

für

Schweizer Aerzte.

Erscheint am 1. und 15. jedes Monats.
Inserate
35 Cts. die gesp. Petitzeile.

Preis des Jahrgangs
Fr. 12. — für die Schweiz,
Fr. 14.50 für das Ausland.
Alle Postbureaux nehmen Bestellungen entgegen.

Herausgegeben von

Dr. E. Haffter

in Frauenfeld.

N°. 24. XVIII. Jahrg. 1888. 15. December.

Rückblick.

Mit dieser Nummer schliesst das „Correspondenz-Blatt" den 18. Jahrgang seines Bestehens. Es war ein schweres Jahr und der rückwärts streifende Blick fällt zu allererst auf einen lorbeerbekränzten Sarg. Drin gebettet liegt der Mann, der 15 Jahre lang mit Lust und Liebe und mit Geschick an diesem Blatte gearbeitet hat, ein begeisterter Bannerträger der schweizerischen Aerzte. — Dem Andenken *Arnold Baader*'s gelte unser erste Gedanke beim Scheiden vom bald vollendeten Jahre! — Sein Name und derjenige *Burckhardt-Merian*'s bleiben bedeutungsvoll in der Geschichte unseres „Correspondenzblattes"; Vieles, was sie gearbeitet, ist unvergänglich, eine Saat, die fort und fort Früchte trägt. — Mancher edle, von ihnen ausgehende Gedanke, wie die Hülfscasse etc., ist bereits zur That geworden; Anderes, was sie angestrebt, harrt noch der Vollendung und das ersehnte Gebäude der Reorganisation unseres schweizerischen Sanitätswesens wird einst über seiner Pforte auch die Namen der Dioscuren *Burckhardt* und *Baader* in ehernen Buchstaben zeigen. — Die schweizerischen Aerzte wollen dem Gefühle der Dankbarkeit gegen die beiden Freunde Ausdruck verleihen durch die Schöpfung eines idealen *Burckhardt-Baader*-Monuments, dessen Ausführung beim nächsten Aerztetag berathen werden soll. —

Befangen und schweren Herzens hat nach dem Tode *Baader*'s und nachdem sein gewandter Mitredactor, *Garrè*, einem ehrenvollen Rufe nach Tübingen gefolgt war, der Unterzeichnete die Redaction dieses Blattes übernommen. Aber kurze Zeit genügte, um ihm zu zeigen, dass die Kraft desselben in seinen Mitarbeitern ruht und es ist ihm innerstes Bedürfniss, diesen den herzlichsten Dank für ihre active Theilnahme auszudrücken. Allen, dem academischen Lehrer und dem Spitalarzte, der bereitwilligst seine kostbaren Erfahrungen unserm Blatte zur Verfügung stellte, dem

Practicus, der sich die Mühe nahm, den Collegen interessante Mittheilungen zu machen, den Herren Referenten, welche die Leser des „Corr.-Blattes" in den Stand setzten, mühelos das Neueste in der medicinischen Literatur kennen zu lernen und den Vereins-Actuaren, welche regelmässig über das wissenschaftliche Leben in ihren Vereinen berichteten — Allen freundlichen Gruss und Dank und die anerkennende Versicherung, dass die Lebensfähigkeit und das Gedeihen des „Corr.-Blattes" ganz und gar ihr Werk ist. — Möge ihm auch im kommenden Jahre ihre thatkräftige Unterstützung nicht fehlen!

Den Mitarbeitern wie den Lesern unseres Blattes, den lieben Collegen zu Stadt und zu Land, in- und ausserhalb der Grenzen unseres Vaterlandes, diesseits und jenseits des Oceans und ihren Angehörigen wünscht von Herzen fröhliche Weihnachten und einen freundlichen Jahresabschluss Die Redaction: *E. H.*

Original-Arbeiten.

Ueber die Erfolge der operativen Behandlung des Gebärmutterkrebses.

Von Dr. **H. Meyer,** Docent in Zürich.

Die diesjährigen Berichte über die Erfolge der operativen Behandlung des Gebärmutterkrebses lauten übereinstimmend dahin, dass das Carcinoma uteri für die Radicalheilung relativ sehr günstige Aussichten bietet; alle jedoch geben der Ueberzeugung Ausdruck, dass die Resultate sich noch merklich bessern werden, sobald nicht blos die Gynækologen vom Fach, sondern alle Aerzte ihre Mitarbeit an diesem verdienstvollen Werke dadurch bethätigen, dass sie sich bestreben, die Carcinome der Gebärmutter in möglichst frühen Stadien zu erkennen. Diese Behauptung den Herren Collegen wahrscheinlich zu machen und schon dadurch ihre kräftige Mitwirkung herauszufordern, ist der Zweck dieser kleinen Abhandlung. Dieselbe war zum mündlichen Vortrag bestimmt und stand auf dem Programm der Versammlung der Aerzte des Kantons Zürich am 6. Novbr. l. J., musste aber wegen vorausgehender, weitläufiger Traktanden weggelassen werden.

Einleitend bringe ich die eiligen Fortschritte der operativen Behandlung des Gebärmutterkrebses in den letzten Jahren durch einen ganz kurzen Rückblick auf die Geschichte ihrer Entwickelung in Erinnerung.

Diese Geschichte beginnt erst mit dem Ende des vorigen Jahrhunderts, als 1787 *Wrisberg* in Göttingen und *Monteggia* in Mailand den bestimmten Vorschlag machten, die ganze Gebärmutter wegen Carcinom zu entfernen, ohne denselben jedoch selbst auszuführen.

1801 brachte *Osiander* die Excision des krebsig entarteten collum uteri. Ihm folgten besonders französische Operateure. Doch erst vom Beginn der 60er Jahre an, da in Folge vervollkommneter Untersuchungsmethoden die Anfangsstadien des Krebses häufiger beobachtet wurden und auch die Operationstechnik Fortschritte machte, bekam die Amputatio colli uteri grössere Bedeutung. Erst von da an hört man in zuverlässiger Weise über radicale Heilungen berichten. So führt *C. v. Braun*



in seinem Lehrbuch der Gynæcologie vom Jahr 1881 23 Fälle an, welche nach blosser Amputatio portionis mehrere Jahre hindurch recidivfrei blieben und zwar 1 mal 18 Jahre; 1 mal 17; 3 mal 10; 1 mal 7; 3 mal 6; 2 mal 5 Jahre u. s. w. War auch vielleicht nicht in allen Fällen die Diagnose über jeden Zweifel erhaben, so hat doch unstreitig schon zu jener Zeit die blosse Amputatio cervicis wiederholt auf längere oder kürzere Zeit den Fortschritt der Neubildung hintangehalten.

Das denkwürdigste Jahr jedoch in unserer Geschichte ist das Jahr 1878. Es hat uns die *Schröder*'sche hohe Amputation des Cervix, die *Freund*'sche Totalexstirpation und endlich die vervollkommnete Ausschneidung der Gebärmutter von der Scheide aus gebracht.

Mittelst der *Schröder*'schen Operation konnte der Cervix bis zum innern Muttermund, d. h. also bis zu der Grenze, welche das Cervixcarcinom so häufig und so lange zu respectiren pflegt, herausgeschnitten werden. Die schönen Erfolge, welche *Schröder* selbst und Andere mit diesem Verfahren erzielten, sprechen lebhaft für die Berechtigung dieser Operation.

Dennoch erwies sich für die Mehrzahl der Fälle die Totalexstirpation als einzig richtige Methode. — Schon im Jahr 1822 war von *Sauter*, einem Arzte in Constanz, wegen Krebs die ganze Gebärmutter in normalem Situs durch die Scheide herausgeschnitten worden, und im Jahr 1829 wurde eine zweite derartige Operation nach verbesserter Methode von *Récamier* ausgeführt. Dieses *Sauter-Récamier*'sche Operationsverfahren fand verschiedene Nachahmer. Die damit erreichten Erfolge waren jedoch so kläglich, dass man von 1874 an von allen fernern Versuchen mit demselben abstand und die Hoffnung, weiter vorgeschrittene Carcinome des Uterus durch Operation herausschneiden zu können, aufgab.

Da trat 1878 *Freund* mit seiner Exstirpation von den Bauchdecken aus auf. Die ersten Resultate waren sehr befriedigend, so dass man die Operation mit Enthusiasmus aufnahm und die übertriebensten Erwartungen für die Radicalheilung der Uteruscarcinome auf dieselbe setzte. Doch die Ernüchterung und Enttäuschung blieb nicht lange aus. Die Sterblichkeit an der schwierigen und complicirten Operation war so gross, dass die wenigen Fälle, welche durch dieselbe gerettet wurden, nicht gar schwer in die Wagschale fallen konnten. — Dennoch bleibt *Freund* das grosse Verdienst, die Aufmerksamkeit der Operateure wieder auf die Möglichkeit der Totalheilung des durch die blosse Amputatio cervicis nicht ganz erreichbaren Gebärmutterkrebses geleitet zu haben.

Es konnte jedoch nur eine Methode durchdringen, welche bei gleicher Sicherheit, alles Krankhafte zu entfernen, weniger directe Gefahren für das Leben der Frau in sich schloss. Trotz mancher Verbesserungen im Verfahren von *Freund*, trotz Vervollkommnung der antiseptischen Maassregeln wäre es doch nie möglich gewesen, die Exstirpation von den Bauchdecken aus zu einer leichtern, auch weniger geübten Operateuren zugänglichen Operation zu machen und ihre Sterblichkeit genügend weit herunterzudrücken.

Wie eine Kunde der Erlösung klang es deshalb für die Gynæcologen, als es hiess, dass *Czerny* zuerst, dann *Billroth*, *Schröder*, *Martin* die alte *Sauter-Récamier*'sche Operation wieder hervorgeholt und unter Mithülfe der modernen Anschauungen



über Infection ungeahnt günstige Erfolge erzielt haben. Man griff begierig nach diesem Verfahren; ein Jeder fand seine Erwartungen nicht nur erfüllt, sondern übertroffen, und bald wurde es in bei weitem den meisten Fällen und von fast allen Operateuren an die Stelle der Exstirpation von den Bauchdecken aus gesetzt.

Heutzutage ist die vaginale Uterus-Exstirpation zu einer Operation geworden, welche in ihrer Ausführung einfach ist, bei richtiger Indicationsstellung ohne grosse Schwierigkeiten verläuft und die denkbar glänzendsten Erfolge aufzuweisen hat.

Vergleichen wir nur die Sterblichkeitsziffern bei dieser Operation mit denen der frühern Methoden.

Nach der früheren *Sauter-Récamier*'schen Methode in der vorantiseptischen Zeit operirte Fälle sind 33 bekannt geworden; davon kamen 6 durch; es betrug demnach die Sterblichkeit 82%.

Von 119 nach der *Freund*'schen Methode operirten Frauen starben 80; mithin 73%.

Ausschneidungen des carcinomatösen Uterus durch die Scheide sind in den letzten Jahren nur von 9 Gynæcologen Deutschlands bereits 336 Fälle veröffentlicht worden. Davon starben an der Operation oder ihren Folgen 37 Frauen, so dass sich die Mortalität auf sage 11% stellt. Dieselbe ist jedoch in der gegenwärtigen Zeit noch niedriger anzusetzen, da in der gegebenen Zusammenstellung Operationen aus den ersten Jahren des Bestehens derselben mitgezählt sind, welche entschieden die Gesammtresultate ungünstig belasteten. Mehrere Operateure haben Reihen von 30 vaginalen Uterusexstirpationen ohne einen einzigen Todesfall aufzuweisen.

Dies sind Resultate, wie sie günstiger nicht verlangt werden dürfen; das muss wohl Jedermann zugeben. Mit 11 und jetzt ganz sicher noch weniger Procent Sterblichkeit darf die vaginale Uterusexstirpation an die Seite jeder andern eingreifenden Operation gestellt werden.

Damit ist aber die Vollberechtigung unserer Operation noch nicht dargethan. Ebenso streng wie die augenblicklichen Erfolge der Operation müssen bei allen Eingriffen die Dauererfolge erwogen werden. Dies gilt in doppeltem Maasse bei einer Operation, welche fast ausschliesslich gegen Krebs in Anwendung gebracht wird. Es darf sich in keinem Falle um einen blossen Operationssport handeln; es muss mit dem Eingriff, wenn er berechtigt sein soll, den armen Kranken wirklicher Vortheil gebracht werden. Der Nutzen der Operation muss in richtigem Verhältniss stehen zu der Gefahr, in welche die Kranke durch dieselbe gebracht wird. Was ergeben die Zusammenstellungen über diesen Punkt?

Ich kann im Voraus versichern, dass trotz der kurzen Zeit, seit welcher unser Operationsverfahren in Anwendung gebracht wird, demselben auch mit Bezug auf die Dauererfolge das glänzendste Zeugniss ausgestellt werden muss.

Von 129 Operirten an der *Schröder*'schen Klinik waren 1 Jahr nach der letzten Operation noch 69 oder 53% gesund. Darunter befanden sich 2 im 8.; 2 im 7.; 2 im 6. Jahre nach der Operation.

Leopold berichtet, dass von 26 Frauen, welche die Totalexstirpation vor mindestens 1 Jahr überstanden hatten, noch 18 gesund geblieben seien; dies kommt einem Dauererfolg von 69,2% gleich. Von seinen 37 Frauen, welche die Operation



überstanden, wurden innerhalb des ersten Jahres nur 21,6% von Recidiv befallen; demnach erfreuten sich in den ersten Monaten nach der Operation 78% eines wesentlich bessern Zustandes als vorher.

Aehnliche Erfolge hat *Fritsch* zu verzeichnen.

Soll ich auch 2 von mir vor 4 resp. 2 Jahren operirte Fälle erwähnen, so ist in beiden bis zur Stunde jedes Recidiv ausgeblieben.

Dies die Resultate! Ich denke, sie sind ermuthigend genug! Man kann wohl behaupten, dass kaum je eine andere grössere Operation in so kurzer Zeit ihres Bestehens so grossartige Fortschritte der operativen Technik sowohl wie der dauernden Erfolge aufzuweisen hat.

Nur einen Punkt, welchen man mir entgegenhalten kann, muss ich noch kurz berühren. Wird denn nicht in denjenigen Fällen, in welchen es nicht gelingt, eine Radicalheilung zu erreichen, durch die Operation selbst der Verlauf der Krankheit ungünstig beeinflusst? Man hat schon gehört, dass die Recidive nach Operationen des Gebärmutterkrebses besonders rasche Fortschritte machen und ausnehmend heftige Beschwerden verursachen. Ein Fall, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte, könnte allerdings dafür sprechen. Es betraf ein Cervixcarcinom, bei welchem ich erst nach der Eröffnung des Peritonealsackes von der beabsichtigten Totalexstirpation wegen zu weit vorgeschrittener Infiltration des Parametriums abstehen musste. Schon kurze Zeit nach der Operation stellte sich ein Wachsthum der Neubildung ein; es bildete sich Carcinoma Peritonei mit unsagbaren Schmerzen. Es ist denkbar, dass hier und in andern Fällen durch Eröffnung des Peritoneums der Uebertritt des Carcinoms auf das Bauchfell begünstigt wurde. Denn bekanntlich pflegt sich ja sonst das unverletzte Peritoneum sehr erfolgreich gegen die Neubildung zu schützen, indem überall da, wo dieselbe ihm nahe kommt, Pseudomembranen entstehen, welche einen beabsichtigten Durchbruch in die Bauchhöhle verhindern. In jedem einzelnen Falle wird es aber schwer oder unmöglich sein, zu entscheiden, ob wirklich durch den Eingriff der Verlauf der Krankheit ungünstig beeinflusst worden ist, oder ob derselbe auch ohne Operation der nämliche gewesen wäre. *Leopold* ist nach seinen Erfahrungen entschieden der Ansicht, dass die Kranken mit Recidiven sich in einem so erträglichen Zustand befinden, dass derselbe mit den Folgen eines nicht operirten Carcinoms gar nicht verglichen werden kann. In vielen Fällen kann doch durch die Operation den Blutungen und dem jauchigen Abfluss gesteuert und bei sorgfältiger Nachbehandlung auch der Wiedereintritt derselben auf lange Zeit hintangehalten werden.

So brauchen wir selbst von dieser Seite keinen Einspruch gegen die Berechtigung der Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinom zu befürchten. Dieselbe besteht voll und ganz. Ja wir dürfen den Ausspruch wagen, dass kein anderes Carcinom für eine radicale Heilung so günstige Aussichten bietet, als das Carcinoma uteri. Geht diese Behauptung aus den jetzt vorliegenden Statistiken auch noch nicht direct hervor, so weisen uns die Zusammenstellungen doch recht deutlich den Weg, auf welchem zukünftige Resultate noch günstiger zu gestalten sind. Bisher befand man sich eben noch in der Zeit des Lernens und Versuchens

Durch die zusammengestellten Erfahrungen erst sind wir in den Stand gesetzt, genauere Indicationen für die Operation aufzustellen.

In erster Linie haben wir gelernt, die für die Operation tauglichen Fälle richtiger auszuwählen. Die Erfahrung hat uns gezeigt, in welchen Fällen mit einiger Sicherheit auf bleibenden Erfolg gerechnet werden kann, in welchen nicht. — Es kommt dabei nicht allein auf das Alter der Neubildung und ihre Ausdehnung, sondern ebenfalls auf die Form derselben an.

Wenn auch die Totalexstirpation bei jeder Form des Gebärmutterkrebses ausgeführt werden darf, so lehrt doch die Erfahrung, dass bleibender Erfolg bei gewissen Formen eher zu erhoffen ist als bei andern. Die ungünstigste Prognose in Bezug auf Schnelligkeit und Verbreitung des Recidivs bieten die Fälle von grössern Cancroiden der Portio, besonders bei Schwangern und Wöchnerinnen; nächstdem die tief in die Cervixsubstanz ulcerirend von der Oberfläche der Portio eindringenden Carcinome. — Eine verhältnissmässig gute Prognose bieten die Carcinome der Cervixschleimhaut, sobald die Substanz des Cervix noch nicht ganz zerstört ist. — Die beste Prognose gewähren die Fälle früher Stadien des Portiocarcinoms, sei es, dass dasselbe als papillärer Tumor nach der Scheide wuchert, sei es, dass es als Ulceration in die Substanz des Cervix eindringt (*Hofmeier*).

Stets ist und bleibt aber das wichtigste Erforderniss für dauernden Erfolg die Beschränkung der Neubildung auf die Gebärmutter. Anfänglich, als die Operation erst auftauchte, stellte man zu grosse Ansprüche an dieselbe. Man glaubte, durch dieselbe auch weiter vorgeschrittene, auf Scheide, selbst auf das paracervicale Gewebe übergreifende Neubildungen mit Erfolg entfernen zu können. Heute ist man etwas bescheidener geworden und lässt solche Fälle schön auf der Seite. Man weiss, dass dauernder Erfolg nur zu erwarten steht, wenn die Scheidengewölbe ganz frei sind oder doch nur ein sehr schmaler Saum der Schleimhaut ergriffen ist; besonders aber, wenn jede, auch die geringste Infiltration des paracervicalen Bindegewebes fehlt. — Das Letztere ist nun durch die Palpation oftmals sehr schwierig oder gar unmöglich zu entscheiden. Nicht jedesmal fühlt man wirkliche Verhärtungen neben dem Cervix; oftmals fällt blos eine gleichmässige Verdickung der Portio supravaginalis auf; ja nicht selten entdeckt erst das Messer während der bereits begonnenen Operation die Entartung des parametranen Gewebes.

Das zuverlässigste Merkmal der Unversehrtheit des Parametriums ist eine freie Beweglichkeit der Gebärmutter. Sobald die Neubildung nämlich die Wandung des Cervix zu überschreiten droht, oder der äussern Oberfläche sich auch blos stark nähert, geht die das Carcinom umgebende Entzündungszone auf das angrenzende Bindegewebe über; das Gewebe wird unnachgiebiger und behindert die normale Beweglichkeit des Uterus. Nur dann, wenn die Gebärmutter sich so weit herunterziehen lässt, dass die ganze Operation von Anfang an vor den äussern Genitalien ausgeführt werden kann, darf man auf bleibenden Erfolg hoffen. Weil nun aber die Operation in solchen Fällen nicht schwierig ist, ergibt sich daraus von selbst ein Hauptsatz für die Indication derselben; er heisst: Man soll nur dann die Totalexstirpation ausführen, wenn die Operation von vorneherein keine grossen Schwierigkeiten erwarten lässt.

Sobald man sich strenge an diese Vorbedingungen hält, werden die Erfolge der Carcinomoperationen am Uterus noch glänzendere Resultate aufzuweisen haben als bisher. Den vorgeschrittenen Krebswucherungen stehen wir noch so machtlos gegenüber wie früher; gegen diese vermag auch die ausgiebigste Ausschneidung nichts auszurichten.

Nun erweist aber die Erfahrung, dass bei weitem die meisten Gebärmutterkrebse erst dann zum Operateur kommen, wenn die erwähnten Bedingungen längst nicht mehr erfüllt sind und an Radicalheilung nicht mehr zu denken ist. Unter 250 Fällen von Uteruscarcinomen, welche *Leopold* in den letzten Jahren beobachtete, eigneten sich blos 42, d. h. 20,4°/₀ zur Operation.

Soll ich Zahlen aus unserm Canton heranziehen, so sterben nach den Tabellen des amtlichen Medicinalberichtes des Cantons Zürich alljährlich durchschnittlich 40 Frauen an Uteruscarcinom. Nun sind seit Einführung der Operation im Jahre höchstens 6 Fälle, also 15°/₀, operirt worden, obschon bisher auch bei uns die Grenzen der Operirbarkeit entschieden zu weit gezogen wurden.

Eine Erklärung dieser Thatsache ist unstreitig darin zu suchen, dass gar viele Kranke zu spät den Arzt aufsuchen und zwar aus verschiedenen Gründen. — Einmal zeichnen sich manche Frauen durch eine Unachtsamkeit und Nachlässigkeit mit Bezug auf Alles, was die Genitalien betrifft, aus, die an's Unglaubliche streift. Ausfluss, Blutungen, selbst Schmerzen werden ruhig hingenommen, kaum beachtet. — Sodann befällt ja Carcinom nicht selten Frauen, welche bisher stets gesund gewesen und deshalb nie in den Fall gekommen waren, sich untersuchen zu lassen und gerade am Ende ihres Geschlechtslebens am wenigsten leicht sich dazu entschliessen können. Sie geniren sich und verschieben den Besuch beim Arzte von einer Woche zur andern. Eine geringe Blutung oder röthlich gefärbter Ausfluss beunruhigt sie um so weniger, als ja um die Zeit der Abänderung gar häufig solche unregelmässige Blutflüsse vorkommen sollen. Verwandte und Bekannte, Hebammen, ja Aerzte bestärken sie leider nur zu oft in ihrer Sorglosigkeit und — ich möchte fast sagen — unglücklicherweise rechtfertigt auch die Erfahrung in einer grossen Zahl von Fällen diese Lässigkeit. — Die Frauen sind überdies in dieser Hinsicht meist optimistisch gestimmt. Sie finden hundert Einwände gegen allfälligen Verdacht. „Wie sollte auch eine so schwere und gefährliche Krankheit sie befallen, nachdem sie bisher so kerngesund gewesen! Das schrecklichste und hässlichste Leiden sollte an sie kommen, die doch stets so rein und tugendhaft gelebt? Nur Ausschweifung, Laster und Unreinlichkeit müssen solche Uebel herbeiführen können.“ Diese und ähnliche Ueberlegungen bekommt man häufig zu hören. — Das Unangenehme der ärztlichen Untersuchung wiegt ihnen oft schwerer als die ferne Möglichkeit eines gefährlichen Leidens; oder die Angst vor einer bösen Diagnose hält sie zurück; lieber tragen sie ruhig bei sich, was ja doch nicht mehr zu ändern ist.

Allein nicht in allen Fällen tragen die Frauen an der Verspätung die Schuld. Gar nicht selten fällt sie direct auf den behandelnden Arzt. In den Journalen jeder gynæcologischen Klinik lassen sich zahlreiche Fälle finden, wo der Schluss erlaubt ist, dass die kranken Frauen zur richtigen Zeit dem Arzte sich vorgestellt hatten, der

Termin der Operirbarkeit aber unter den Händen des Arztes unbenützt vorübergegangen war. Ich bin nicht der erste, welcher auf diese Thatsache aufmerksam macht; schon öfters sind in ärztlichen Vereinen Vorträge hierüber gehalten worden mit der Absicht, diesem Uebel zu steuern.

Man möge urtheilen, ob die Berechtigung dazu vorhanden ist, wenn ich aus den zahlreichen Beispielen hiesiger Klinik eines herausgreife und anführe.

Es handelt sich um eine 48jährige Frau. Aus der Anamnese ergibt sich, dass sie bis vor einigen Tagen in der Behandlung eines Arztes gestanden hat, welcher sie 4 Monate lang wegen leichter Blutungen aus den Geschlechtstheilen mit innern Mitteln behandelte, ohne eine Untersuchung per vaginam vorgenommen zu haben. Auf ihre Klagen und Befürchtungen hin habe er sie stets vertröstet mit der Versicherung, dass es sich um die Abänderung handle. — Die Portio erweist sich krebsig degenerirt und zum Theil zerstört; die Scheidengewölbe sind noch frei und auch die Parametrien scheinen intact zu sein. Es soll an einem der nächsten Tage die Exstirpatio uteri gemacht werden. Alles ist vorbereitet und die Operation beginnt mit dem Herunterziehen der Gebärmutter. Da zeigt es sich erst, dass die Beweglichkeit des Uterus behindert ist durch einen derben Strang im linken Parametrium, welcher als infiltrirtes lig. sacro-uterinum gedeutet werden muss. Die Operation könnte unter solchen Umständen nicht von dauerndem Erfolg sein; sie darf nicht ausgeführt werden.

Ist hier der Schluss nicht berechtigt, dass die Operirbarkeit wärend der Behandlung des Hausarztes vorüberging? und hätte nicht vielleicht eine einzige Untersuchung durch ihn die Neubildung noch zur richtigen Zeit entdeckt? — In besonders verderblicher Weise macht sich hier das Treiben der Naturärzte und Pfuscher sowie der Hebammen bemerklich. Entweder wird die Frau, welche über Blutabgang oder Schmerzen klagt, 4, 6, 8 Monate lang mit indifferenten Manipulationen hingehalten oder mit Medicinen versorgt, ohne dass jemals eine Untersuchung vorgenommen würde; oder die nicht normal erscheinende Vaginalportion wird mit allen möglichen Aetzmitteln, besonders dem auch in der niedern Medicin bekannten und vielbeliebten Argentum nitricum, durch viele Wochen hindurch tractirt, bis schliesslich die Patientin aus der Behandlung wegbleibt und ein Arzt mit wissenschaftlicheren Anschauungen den Krebs erkennt, zugleich aber auch das fatale „zu spät“ aussprechen muss.

Als Entschuldigung dieser bedauernswerthen Erscheinung durfte früher der Umstand gelten, dass man eben von der Unheilbarkeit des Gebärmutterkrebses überzeugt war und dabei sich nur zu einer symptomatischen Behandlung entschliessen konnte. Einer Versäumniss machte man sich dadurch nicht schuldig; im Gegentheil, so lange von einer Heilung nicht die Rede sein konnte, musste es als ein Verdienst gelten, die Kranken möglichst lange mit falschem Troste hinzuhalten und ihnen die schreckliche Wahrheit zu verbergen.

Heutzutage soll das ganz anders sein. Kein Arzt kann sich den prächtigen Erfolgen der Uterusexstirpation verschliessen. Man wird es unumwunden als einen groben Kunstfehler bezeichnen müssen, wenn Einer es versäumt, bei Zeichen, welche auf Gebärmutterkrebs hindeuten, zu untersuchen, bei Zweifeln auf irgend eine Art möglichst rasch zur Klarheit zu kommen, und wo noch zu operiren ist, der Kranken als einzige Therapie die Operation mit Ueberzeugung zu empfehlen. Fortan wird das Verdienst nicht mehr darin liegen, die Patientinnen unter Ausflüchten

möglichst leicht über das schwere Leiden hinweg dem Tode zuzuführen; sondern voraus in der frühzeitigen Erkennung der bösartigen Neubildung und der Heilung durch Operation.

Vorerst ist es aber unerlässlich, dass einige aus der alten Schule verbliebene und noch tief wurzelnde unrichtige Anschauungen fallen. Dahin gehört einmal die Meinung, dass die Menopause eine Art typischer Krankheit sei, welche schwer oder leicht überstanden werde, an welcher die Frauen sogar sterben können und der man alle möglichen Leiden in die Schuhe schieben dürfe. Gerade wie es unstatthaft ist, jede Erkrankung des kindlichen Alters auf's Zahnen zurückzuführen, gerade so unrichtig ist es, alle Erscheinungen im klimacterischen Alter durch die „Abänderung" erklären zu wollen. — Allerdings sind eigenthümliche Vorkommnisse zu jener Zeit nichts Seltenes und atypische Genitalblutungen unter diesen ziemlich häufig. Allein die kritische Skepsis und Objectivität darf deshalb den Arzt auch hier nicht verlassen. Gar zu oft verbirgt sich hinter ihnen eine bösartige Neubildung. —

Weit verbreitet ist auch noch die veraltete Anschauung, dass man während einer Genitalblutung nicht untersuchen dürfe. Wie weit dabei der Ekel und wie weit die Furcht, es möchte durch die Untersuchung stärkere Blutung angeregt werden, sich betheiligen, wollen wir dahingestellt sein lassen. Jedenfalls muss ein solches Vorurtheil in unsern antiseptischen Zeiten fallen.

Hieher gehört auch die Meinung, dass die gegen Uterusblutungen üblichen, innerlich gereichten Medicamente auf eine im klimakterischen Alter stehende Gebärmutter prompt zu wirken vermögen. In der Regel beobachtet man von ihnen keinen directen Erfolg. Wo aber Wirkung zu verzeichnen ist, da dürfte sie wohl mehr eine durch Suggestion erreichte als eine medicamentöse sein.

Das Widerstreben der Frauen vor einer gynækologischen Untersuchung, der man begreiflicherweise oft begegnet, darf in Unterlassungsfällen nicht als Entschuldigung angeführt werden. Wer nicht jedes Widerstreben als baare Münze auffasst und auch nicht jede Untersuchung durch mannigfaltige Vorbereitungen und Entschuldigungen Tage lang vorher zu einem aussergewöhnlichen Ereigniss aufbauscht, der wird gewiss zur allergrössten Seltenheit unverrichteter Dinge abziehen müssen. — Selbst der Vorschlag zur Operation wird nur selten ohne Erfolg bleiben, wenn er ohne Umschweife, jedoch mit Tact, Entschiedenheit und Ueberzeugung vorgebracht wird.

Freilich muss man sich trotz alledem klar sein, dass die Zahl derjenigen Fälle, wo wir schon bei der ersten Untersuchung das „Zu spät" aussprechen müssen, nur bis zu einer gewissen Grenze heruntergedrückt werden kann. Denn leider gibt es Gebärmutterkrebse, welche fast symptomlos entstehen und um sich greifen, bis sie nicht mehr operabel sind.

Aber gerade weil wir das wissen, sollen wir unsere Aufmerksamkeit verdoppeln und auf jedes verdächtige Symptom, und sei es auch noch so unbedeutend, unser Augenmerk richten. Wer erst bei heftigen oder lang anhaltenden Blutungen oder gar erst bei stinkendem Ausfluss und lancinirenden Schmerzen an Carcinom denkt und

sich dabei vielleicht noch auf die blossen Angaben der Patientin stützt, der wird nie ein Carcinom im Anfangsstadium auffinden.

Die Blutungen bilden allerdings das constanteste Symptom schon im Beginn des Krebses. Die Fälle, wo nach Angabe der Patientin nie Blutung aufgetreten war, sind sehr selten. — Jedoch können sie sehr lange ausbleiben oder in den Jahren des Geschlechtslebens hinter verstärkter oder verlängerter Menstruation sich verstecken oder als nur leicht röthlich gefärbter Ausfluss von den Frauen kaum beachtet werden. — Aber gerade dieser röthliche Ausfluss ist, besonders jenseits der Menopause, ein so verhängnissvolles Symptom, dass es für sich allein schon eine bösartige Neubildung wahrscheinlich macht.

Stinkender Abfluss ist ein sehr seltenes Symptom bei beginnendem Gebärmutterkrebs, während es bei weit vorgeschrittenem, zerfallendem Carcinom fast constant vorkommt. Es gibt aber genug Fälle, wo der Ausfluss erst üblen Geruch annimmt nach einer intravaginalen Manipulation und wenn es auch blos eine Einspritzung oder eine Exploration war. Gar zu oft vermögen eben die in der Scheide ja stets anwesenden Microorganismen, welche eine sehr geringe Invasionskraft zu besitzen scheinen, erst ihre verderbliche Wirkung zu entfalten, wenn ihnen eine kleine Læsion zu Hülfe kommt.

In Bezug auf die Schmerzen darf man bei Gebärmutterkrebs annehmen, dass sie, insbesondere jene lancinirenden, erst dann auftreten, wenn die Neubildung das nervenreiche paracervicale Bindegewebe ergriffen hat. — Nicht selten sind sie sehr unbestimmt. So hatte ich vor einem Jahre Gelegenheit, eine 50jährige Frau mit weit vorgeschrittenem Carcinom zu untersuchen, welche vorher an Rheumatismus und rechtseitiger Ischias behandelt worden war. — Schmerzen können sogar von Anfang bis zu Ende ganz ausbleiben. Vor zwei Jahren behandelte ich ein halbes Jahr lang eine Patientin mit weit vorgeschrittenem Cervical- und Vaginal-Carcinom. Bis zum lethalen Ausgang versicherte sie mir zu wiederholten Malen, dass sie nie irgend welche Schmerzen in der untern Körperhälfte verspüre.

Auch in Bezug auf das Alter der Kranken darf man sich nicht an die Schablone halten. Allerdings sind die Frauen zwischen dem 40.—60. Jahre am meisten gefährdet. Doch kennt man schon einige Fälle von Carcinoma cervicis bei Mädchen von 17—20 Jahren. Zwischen dem 20. und 30. Altersjahr kommen immerhin 3½% und zwischen dem 30. und 40. sogar 22½% aller Fälle vor. 10½% beobachtet man noch zwischen dem 60. und 70. und 5½% selbst nach dem 70. Jahre.

Die Anamnese kann für die Diagnose gar nicht benützt werden. Carcinoma uteri kommt bei bisher Gesunden und bei solchen vor, die schon öfters wegen Unterleibsleiden sich mussten behandeln lassen; ferner bei Nulli- und Multiparen; bei letztern nur wenig häufiger; bei Arm und Reich. — Besonders dürfen wir auch auf die Erblichkeit kein Gewicht legen.

Was den objectiven Befund anbetrifft, so bietet die Diagnose aus demselben in vorgerückteren Stadien der Neubildung in der Regel nicht die mindeste Schwierigkeit. In der ersten Entwicklung dagegen ist er fast immer sehr schwer mit Bestimmtheit zu deuten, in den meisten Fällen sogar für geübte und erfahrene Untersucher.



Wir unterscheiden bekanntlich nach *Schröder* 3 Formen von Cervixcarcinom (um uns auf diese zu beschränken): 1) das oberflächliche Cancroid oder das maligne Papillom der Portio vag., 2) das eigentliche Carcinom des Cervix, 3) das Carcinom der Cervixschleimhaut. In den spätern Entwicklungszuständen sind sie freilich nicht mehr scharf von einander zu unterscheiden, so dass man auf die Art der ursprünglichen Entwicklung nur noch Muthmassungen hegen kann.

Das Papillom der Portio ist wohl am leichtesten in seinen Anfängen zu erkennen. Es entwickelt sich als Blumenkohlgewächs aus anfänglich knötchenförmigen Wucherungen, füllt dann oft als pilzartige Geschwulst die Vagina fast ganz aus, geht zuerst auf die Vaginalgewölbe und erst später auf den Cervicalcanal über.

Das Carcinom des Cervix beginnt als kleine, umschriebene, knotenartige Infiltration in der Tiefe der Cervicalwand, durchbricht dann die Schleimhaut meist an der Oberfläche der Portio (seltener im Cervicalcanal) und erscheint jetzt als Ulcus der Portio. — So lange die Neubildung die Schleimhaut nicht durchbrochen hat, ist die Diagnose ungemein schwierig; es kommt leicht Verwechslung mit Myom des Cervix oder mit chronischer Metritis vor. Und ist das Geschwür aufgebrochen, so wird dasselbe gar oft für ein gutartiges Ulcus der Portio gehalten, durch Wochen und Monate hindurch behandelt, besonders geätzt mit dem unvermeidlichen Argentum nitricum, bis die Kranke überdrüssig wird und aus der Behandlung wegbleibt. Führen sie dann vermehrte Beschwerden nach einiger Zeit dem Arzte wieder zu, so hat sich unterdessen bereits eine nicht mehr operable Infiltration ausgebildet.

Am schwierigsten aber ist das Carcinom der Cervicalschleimhaut in seinen Anfängen zu erkennen und doch bietet es, wie wir gesehen, für die radicale Heilung günstige Aussichten. In der Regel wird der äussere Muttermund lange Zeit verschont; derselbe bekommt sogar in vielen Fällen eine vollkommen glatte und scharfrandige Beschaffenheit, so dass eine blosse äussere Betastung mit dem untersuchenden Finger die schlimmen Zerstörungsvorgänge im Innern des Cervicalcanals gar nicht vermuthen lässt. Nur wenn man sich gewöhnt ist, bei jeder Exploration möglichst tief in den Cervicalkanal einzudringen, wird man die bröckligen Krebsmassen daselbst entdecken und erschrickt völlig vor der Thatsache, dass diese weit vorgeschrittene Zerstörungsarbeit dem untersuchenden Finger bei oberflächlicher Untersuchung hätte entgehen können.

Schon diesen wenigen Andeutungen ist zu entnehmen, dass auch der objective Befund sehr mannigfaltig ist und nicht schablonenmässig beurtheilt werden darf. — Im Falle man über einen Befund an der Portio keine sichere Entscheidung treffen kann, bleibt noch die Excision eines kleinen Stückes der verdächtigen Stelle behufs microscopischer Untersuchung. Diese Art der Untersuchung soll jedoch demjenigen reservirt bleiben, welcher unmittelbar vor der Operation steht und noch Zweifel an der Diagnose hat. Denn einmal wird die für die Microscopirung geeignete Stelle, da wo ein solches Vorgehen seinen Grund hat, in der Regel nur für einmalige Excision ausreichen; sodann erfordert auch die Diagnose durch das Microscop in solchen Fällen eine grosse Uebung und Erfahrung, wenn sie nicht noch unbestimmter ausfallen soll als die macroscopische.

Und nun die Schlussfolgerungen. — Die bisherigen Erfahrungen berechtigen zu der Annahme, dass die Aussichten auf dauernde Heilung durch Operation bei Gebärmutterkrebs günstiger sind als bei irgend einem andern Krebs. — Alles kommt aber darauf an, dass man die Fälle zur Operation bekomme, so lange die Neubildung noch auf die Gebärmutter beschränkt ist. — Wir haben folgerichtig die Obliegenheit, mehr als bisher geschehen ist, unser Augenmerk auf diese Affection zu richten und dieselbe im einzelnen Falle möglichst früh zu erkennen. Dies wird nur möglich sein, wenn wir bei den geringsten Symptomen, welche darauf hinweisen, genau untersuchen und bei Zweifel auf irgend einem Wege möglichst rasch zur Sicherheit zu kommen suchen.

Erst wenn wir Aerzte von der Richtigkeit dieser Anschauungen durchdrungen sind, wird es auch gelingen, dieselben unter das Publicum zu bringen — Es muss unter die Traditionen der Laien aufgenommen werden, dass Gebärmutterkrebs durch eine nicht lebensgefährliche Operation heilbar ist, wenn sich nur die Kranken bei den ersten verdächtigen Zeichen, hauptsächlich bei röthlich gefärbtem Ausfluss oder bei Blutungen, dem Arzte stellen. Dann ist Hoffnung vorhanden, dass die relative Zahl der operirbaren Fälle von Carcinoma uteri immer mehr zunehme.

Vereinsberichte.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

10. Wintersitzung den 24. März 1888.

Präsident: Dr. *H. v. Wyss*. — Actuar: Dr. *W. Schulthess*.

I. Prof. *Krönlein* demonstrirt ein Kind von 5 Jahren, dem am 22. Februar c. ein Papilloma laryngis durch Laryngofissur entfernt worden ist.

Das Leiden bestand in diesem Falle wahrscheinlich schon vom zweiten Lebensjahre an, das Kind war von dieser Zeit an heiser, in letzter Zeit vollkommen aphonisch. Die laryngoscopische Untersuchung liess nach der Aufnahme auf die Klinik nur eine kleine Partie der Geschwulst in der vordern Commissur erkennen. Bei der Operation wurde das subchordale Papillom mit der *Cooper*'schen Scheere abgetragen und die Stelle, an der es gesessen, mit dem Galvanocauter touchirt.

Gegenwärtig ist die Wunde beinahe geheilt, seit 14 Tagen ist die kleine Patientin ausser Bett und hat sich vollkommen erholt. Bei der heute vorgenommenen laryngoscopischen Untersuchung fand man die Stimmbänder noch etwas geschwollen, von der Farbe der Umgebung.

Die Kleine ist zwar noch beinahe aphonisch, doch hat die eingeleitete galvanische Behandlung insofern bereits einigen Erfolg erzielt, als bei mässig angestrengter Inspiration eine Tonbildung möglich ist. Die Exspiration fördert nur bei höchster Anstrengung einen Ton zu Tage.

Prof. *Krönlein* hält dafür, dass eine intralaryngeale Entfernung der Geschwulst in diesem Falle bei dem subchordalen Sitz kaum möglich gewesen wäre.

II. Dr. *Rud. Meyer-Hüni* demonstrirt einen 35jährigen Patienten, der schon vor acht Jahren (22. October 1880) am Vorabend der centralärztlichen Herbstversammlung von College *Kaufmann* vorgestellt worden war als ein seltener Fall erfolgreich operirten Fibrosarcoms des untersten Theiles der Trachea. Damals (vgl. „Corr.-Blatt für Schweizer Aerzte“, Jahrg. XI., 1881) hatte sich ganz langsam seit den Kinderjahren des Patienten

eine Tracheostenose ausgebildet, als deren Ursache eine Geschwulst im Innern der Trachea mit dem Spiegel nachweisbar war, die von der linken Wand ausging mit breitem Ansatz und zwischen sich und derselben nur noch einen schmalen Spalt liess. Die äusserste Erstickungsgefahr veranlasste den Vortragenden zu einer Tracheotomie am 24. Juli 1880; doch erst die von Dr. *Kaufmann* ausgeführte Tracheofissur machte den Tumor zugänglich, der viel tiefer lag, als das Spiegelbild vermuthen liess. Die durch die Athemnoth und Blutungen bedingte Schwierigkeit der Operation brachte es mit sich, dass der Boden des Tumors nicht ganz glatt rasirt werden konnte, so dass schon am 14. August von College *Kaufmann* die Möglichkeit eines Recidives in's Auge gefasst wurde. Immerhin war am 22. October 1880 die Athmung noch ganz frei, ein pleuritisches Exsudat aus der Reconvalescenz geheilt und der Patient blieb eine Reihe von Jahren ganz frei von Beschwerden. Der exstirpirte Tumor von 21 mm. Höhe, 18 mm. Quere, 10 mm. Tiefe erwies sich als Fibrosarcom, das ganz nahe an der Bifurcation der Trachea sass.

Erst seit October 1886 fühlt der junge Mann wieder ein allmäliges Athmungshinderniss, das sich jedoch bis heute noch nicht zu der früheren Höhe entwickelt hat, wenigstens sind die Hülfsmuskeln der Respiration noch nicht in Thätigkeit. Die Laryngoscopie ergibt wieder sehr tief unten in der Trachea an der frühern Ansatzstelle, von der linken Seite mit breitem Ansatz ausgehend einen anscheinend derben Tumor von glatter Decke, der nach vorne und nach rechts wieder blos einen schmalen Spalt in der Luftröhre offen lässt. Trotzdem ein endo-laryngealer Eingriff unter Cocaineinpinselung nicht unmöglich wäre, erscheint er doch nicht mehr gerathen, weil eine unbedeutende Steigerung der Stenose lebensgefährlich würde. Die Tracheofissur wird auch jetzt wieder den Tumor bloslegen müssen und ist zu hoffen, dass diesmal eine radicalere Abtragung gelingen möge.

III. Prof. *Krönlein* spricht über **Oesophagotomie.** Vortragender hat vor beinahe 7 Jahren in der cantonal-ärztlichen Gesellschaft über seine Berliner Erfahrungen über Oesophagotomie behufs Entfernung von Fremdkörpern gesprochen. Seither kam er noch zweimal in den Fall, wegen Einkeilung eines verschluckten künstlichen Gebisses, das sich von innen nicht entfernen liess, den Oesophagus von aussen eröffnen zu müssen.

1. Fall. Am 1. März 1888 kam eine 20jährige Dame aus Bludenz in die Sprechstunde des Vortragenden mit der Angabe, dass sie während der letzten Nacht ein künstliches Gebiss, das sie zum ersten Male Nachts nicht weggelegt hatte, verschluckt habe. Aus dem Bericht der behandelnden Aerzte ging hervor, dass 12, allerdings schonende Extractionsversuche mit dem Münzenfänger gemacht worden waren, welche aber erfolglos blieben. Glücklicherweise entschlossen sich darauf die behandelnden Aerzte sofort, die Patientin hieher zu schicken. So kam sie schon 13 Stunden nach dem Unfalle hier an.

Die hier mit der Schlundsonde vorgenommene Untersuchung ergab, dass 35 cm. hinter der Zahnreihe der Fremdkörper im Oesophagus stecke; Blutung erfolgte nicht, Brechreiz war unbedeutend.

Als ein nochmaliger Versuch, das Gebiss mit dem Münzenfänger zu extrahiren, erfolglos war, wurde sofort zur Oesophagotomie geschritten. Der Hautschnitt wird geführt nach *Guattani* etwa wie zur Unterbindung der Carotis communis., der Omohyoideus durchgetrennt wie in den frühern Fällen. Während man nun stumpf im Gefässspalt weiter geht, werden alle mit der Trachea zusammenhängenden Theile medianwärts, die Gefässe lateral verschoben. Sorgfältig ist hierbei die Verletzung der Schilddrüse zu vermeiden.

Während zur leichten Auffindung des Oesophagus öfters ein Catheter oder der von *Vacca-Berlinghieri* angegebene Ectropœsophag angewendet wird, wurde hier zu diesem Zwecke von einem Instrument Umgang genommen. Zur Erkennung des Oesophagus und des darin befindlichen Fremdkörpers dienten Auge und Finger. Das Gebiss wurde als höckerige Resistenz in dem als blauröthliches Muskelband imponirenden Oesophagus erkannt. Durch eine 2—3 cm. lange Incision wurde der Oesophagus eröffnet, die Ränder mit Fadenschlingen erfasst und das Gebiss mit der Sequesterzange extrahirt.

In Anbetracht der kurzen Zeit, während welcher das Gebiss im Oesophagus gelegen, wurde die Oesophagus-Wunde durch fortlaufende Catgut-Naht geschlossen. Desinfection mit Sublimat 1/1000. Einlage eines Drainrohrs. Hautnaht und antiseptischer Verband. Der folgende Wundverlauf war sehr günstig. Nie drang Flüssigkeit aus der Wunde, obwohl nur in den drei ersten Tagen die Ernährung durch die Schlundsonde geschah. Die Oesophaguswunde ist also jedenfalls per primam geheilt, was bei dieser Operation bis jetzt nur ausnahmsweise gelungen ist. Heute, drei Wochen nach der Operation, ist die äussere Wunde bis auf einen Granulationsstreifen geheilt, die Patientin sehr wohl.

Ein weiterer Fall wurde vom Vortragenden vor 5 Jahren (1883) operirt. Er verlief ungünstig und zwar deshalb, weil im Gegensatz zu dem oben besprochenen Falle das in der Nacht vom 3. zum 4. Januar verschluckte Gebiss erst am 6. Tage, d. h. am 9. Januar, durch Operation entfernt werden konnte.

Der Patient, ein 36jähriger Mann, stammte aus Winterthur. Nachdem das Unglück in der Nacht passirt war, wurde zwar sofort ein Arzt gerufen; da er jedoch bei der Sondirung mit der dicksten Sonde ohne Mühe in den Magen gelangte, wurde angenommen, das Gebiss stecke nicht mehr im Oesophagus. Auch ein zweiter Arzt gelangte bei der Untersuchung bis in den Magen und kam zu demselben Resultat wie der erste. Der Patient behauptete hingegen immer, das Gebiss stecke doch noch im Halse, etwa ein Finger breit über dem Jugulum.

Am 5. Tage (8. Januar) trat dann auf ein Mal eine beträchtliche arterielle Blutung aus dem Munde auf und in der Nacht erfolgten einige ganz schwarze Stühle. Am 6. Tage (9. Januar) wurde alsdann der Mann von einem der behandelnden Aerzte persönlich nach Zürich begleitet, woselbst er in sehr elendem Zustand, wachsbleich, mit einer Pulsfrequenz von 146 in den Spital aufgenommen wurde. Unterwegs war unwillkürlich eine ganz schwarze Stuhlentleerung erfolgt. — Patient wurde sofort auf den Operationstisch gelegt, nur einmal zur Eruirung des Sitzes des Fremdkörpers sorgfältig sondirt, im Uebrigen keine Extractionsversuche, sondern sogleich die Oesophagotomie in der gewohnten Weise vorgenommen. Als der Oesophagus blosgelegt war, entdeckte man ein Zähnchen des künstlichen Gebisses, welches die Musculatur perforirt hatte. Vorsichtig wurde nun der Oesophagus durch zwei Fäden angeschlungen, zwischen beiden Fadenschlingen eingeschnitten und mit hebelnden Bewegungen der Fremdkörper extrahirt, ohne dass dabei irgend welche Blutung erfolgt wäre. In diesem Falle wurde die Oesophagus-Wunde nicht vernäht, sondern von aussen mit Jodoformgaze tamponirt. Die Ernährung erfolgte durch die Schlundsonde. Der Verlauf war in den nächsten Tagen sehr gut und fieberfrei. Am 12. Januar bekam der Patient plötzlich wiederum eine colossale arterielle Blutung aus dem Munde, die sofort von selbst stand. Am gleichen Tage auch drei schwarze blutige Stühle. Die Blutung war nicht etwa im Anschluss an eine Sondirung, sondern ganz spontan, während Patient ruhig im Bette lag, aufgetreten. Die Ursache blieb also vor der Hand räthselhaft. Der Verlauf blieb trotzdem in der Folge noch günstig bis am 15. Tage nach der Operation (24. Januar), nachdem die Wunde beinahe geheilt war, während der Patient ruhig im Bette sass, abermals eine starke Blutung per os und per anum eintrat, welcher der Patient schon nach einer Viertelstunde erlag. An einer Zeichnung wird vom Vortragenden demonstrirt, dass vis-à-vis der linksseitigen Oesophaguswunde ein offenes, der rechtsseitigen Arteria thyreoidea infer. angehörendes Gefässlumen in den Oesophagus hineinragte. Das Gefäss enthielt einen Thrombus. Die Schuld an dieser Gefässarrosion trug ohne Zweifel ein Haken des Gebisses, der, 6 Tage an der entsprechenden Stelle liegend, eine Ulceration der Oesophaguswand und Eröffnung des Gefässes herbeigeführt hatte.

Endlich erinnert Prof. *K.* noch an eine dritte Oesophagotomie, die er im Jahr 1878 noch in Berlin ausgeführt hatte. Er hat über diese seiner Zeit in der cantonal-ärztlichen Gesellschaft referirt.

Dem 48jährigen Manne war ein Hammelszahn im Halse stecken geblieben. Am

4. Tage kam er im elendesten Zustande von Bromberg her nach Berlin, in die *Langenbeck*'sche Klinik, woselbst ihm von Prof. *Krönlein* durch die Oesophagotomie der Fremdkörper entfernt wurde. Der Fall verlief glücklich.

Vortragender erwähnt dann noch zum Schlusse der Arbeit von *Georg Fischer* über Oesophagotomie bei Fremdkörpern, welche neulich in der deutschen „Zeitschrift für Chirurgie" erschienen ist und entnimmt derselben einige statistische Angaben. Die Operation ist nach *G. Fischer* zum 1. Mal vor genau 150 Jahren und seither im Ganzen 108 Mal, mit *Krönlein*'s letztem Falle 109 Mal gemacht worden. *Billroth* hat sie am häufigsten, d. h. 8 Mal ausgeführt, dann kommt *Leroy Mclean* mit 5 Operationen. Je 3 Chirurgen, worunter der Vortragende, machten die Operation 3—4 Mal, 10 Chirurgen dieselbe 2 Mal, während die übrigen Fälle sich einzeln auf verschiedene Chirurgen vertheilen.

Auffallend ist, dass der kühne *Dieffenbach* vor der Operation zurückschreckte, indem er die Schwierigkeiten der Operation offenbar viel zu hoch anschlug, während in Wirklichkeit nur bei mit Kropf behafteten Individuen grössere Schwierigkeiten dem Operateur erwachsen können. — Von Interesse ist ferner, dass die künstlichen Gebisse in der Statistik der Oesophagotomien erst seit dem Jahre 1856 figuriren; von da an aber geradezu prävaliren. — Mit *Krönlein*'s letztoperirtem Falle umfasst die ganze Statistik 35 durch die Oesophagotomie extrahirte Gebisse (32%).

Vortragender macht zum Schlusse noch darauf aufmerksam, wie durchaus nothwendig es ist, bei der Extraction von Fremdkörpern im Oesophagus einem bestimmten Plane zu folgen und eine möglichst genaue Diagnose des Sitzes und der Natur des Fremdkörpers zu stellen. Mit Vortheil bedient man sich bei der Untersuchung der mit einer eisernen Kugel armirten Schlundsonde. Vor Brechmitteln warnt Vortragender eindringlich, sie können direct den Tod herbeiführen. Ebenso soll man vom Schlundstösser keinen allzu ausgedehnten Gebrauch machen. Was nun den Sitz der Fremdkörper betrifft, fällt es auf, dass die meisten im Halstheil, ungefähr in der Höhe des Ringknorpels oder wenig tiefer hängen bleiben, während doch als die engste Stelle des Oesophagus entweder die Höhe des IV. Brustwirbels oder die Stelle über der Cardia angegeben wird. Diese Erscheinung hat gewiss ihren Grund darin, dass der Oesophagus im Halstheil zwischen Wirbelsäule und Trachea, eventuell Struma und Thoraxapertur eingekeilt ist.

Zu den Extractionsversuchen verwendet Vortragender stets den *Gräfe*'schen Münzenfänger mit festem Korb.

Den Vortrag beschliesst die Demonstration der Sammlung von Fremdkörpern und einigen Instrumenten zur Sondirung und Extraction.

Discussion: Dr. *Rud. Meyer-Hüni* macht auf die Wichtigkeit der Spiegeluntersuchung des Rachens aufmerksam. Er hält sie für besonders wichtig, wenn es sich um sehr feine Fremdkörper (z. B. Nadeln) handelt, oder wenn der Hals sehr lang ist, so dass die Untersuchung mittelst des Zeigefingers nicht ausreicht.

Prof. *Krönlein* gibt die Wichtigkeit der Spiegeluntersuchung zu, betont aber, dass in allen den Fällen, bei denen der Fremdkörper unterhalb der Ringknorpelplatte sitzt, die Methode natürlich keine Dienste mehr leistet.

Dr. *Hermann Müller* erwähnt eines Falles, bei dem er die Entfernung eines Fremdkörpers durch die alte Methode des auf den Kopf-Stellens erzielt habe. Ein kleiner Junge verschluckte in seiner Gegenwart den Kopf eines Bleisoldaten, wurde blau im Gesicht, die sofortige Anhandnahme der erwähnten Operation förderte aber den Fremdkörper prompt zu Tage und wirkte in diesem Falle lebensrettend.

IV. Prof. *Krönlein* demonstrirt einige Präparate von **Gelenkmäusen.** Er hat hier in Zürich vier Fälle operirt, welche alle das Kniegelenk betrafen und alle durch directe Incision in's Gelenk und Extraction des Gelenkkörpers geheilt wurden.

1. Junger Mann, am 23. Februar c. operirt, am 7. März entlassen. Vor mehreren Jahren acquirirte Patient ein Hæmatogenu, das punctirt wurde. Nach mehreren Jahren schmerzfreien Intervalles stellte sich Hydrops genu ein und dabei erkannte Patient selbst, dass Fremdkörper im Knie seien. Arthrotomie, Heilung.

2. Präparat, herrührend von einem Manne, der kurz hintereinander zweimal wegen je einer Gelenkmaus desselben Kniegelenks operirt wurde. Beide Male rasche Heilung per primam.

3. Präparat, gewonnen durch Operation eines 58jährigen Mannes, der an Arthritis def. litt. Die Erscheinungen einer Gelenkmaus traten nach einem Fall auf, der noch zugleich zu Hæmatogenu geführt hatte. Die Entstehung der Gelenkmaus war durch Absprengung einer Randwucherung sehr leicht zu erklären und am Präparate klar ersichtlich.

4. Das letzte Präparat zeigt ebenfalls, dass die Gelenkmäuse öfters durch Knorpelwucherungen in der fibrösen Gelenkcapsel entstehen. Schliesslich werden die Körper gestielt und bei einem Trauma abgerissen.

V. Bericht der Commission zur Prüfung der Frage der **Milchversorgung.** Nach kurzer Discussion wird beschlossen, der vorgerückten Zeit halber nur den ersten Theil des Berichtes: Vorschläge zur Verminderung der Säuglingssterblichkeit entgegenzunehmen.

Prof. *O. Wyss* erstattet hierauf über diesen Theil der Frage Bericht. Referat folgt im Anschluss an den nächsten Sitzungsbericht.

Die Discussion wird verschoben.

VI. Das Präsidium theilt mit, dass sich Herr Dr. *Mennet* zur Aufnahme in die Gesellschaft angemeldet hat.

---

36. Versammlung des ärztlichen Centralvereins.

Samstag den 27. October 1888 in Olten.

Präsident: Dr. *E. Haffter*. — Schriftführer ad hoc: Dr. *Ganguillet* (Burgdorf).

(Fortsetzung und Schluss.)

Viel grösser noch als bei der Sitzung im Concertsaale wurde das Gedränge beim Bankett im Bahnhofrestaurant. Längst waren im grossen Bankettsaale sämmtliche Plätze besetzt und noch immer strömten Collegen herbei, die auch am gemeinsamen 2. Acte theilnehmen wollten. Die benachbarten Räume füllten sich alle und schliesslich musste sich doch noch eine beträchtliche Anzahl der Jünger Aesculaps im Parterresaale der Restauration II. Classe zu Tische setzen, wo sie fern von Bankettreden u. s. w. ruhig und vergnügt der Gemüthlichkeit und der Pflege der Collegialität sich hingeben konnte.

Papa Biehly mochte es bange um's Herz werden bei der Aufgabe, über 250 Hungrige zu speisen, nachdem nur circa 100 erwartet waren und er wäre wohl ganz zufrieden gewesen, wenn Herr Prof. *Forel* in seinem Vortrage den Zuhörern gleichzeitig auch das Sättigungsgefühl suggerirt hätte. Man darf indess der gewandten Wirthschaft das Zeugniss ausstellen, dass sie sich relativ gut aus der grossen Verlegenheit gezogen hat.

Den Reigen der Toaste eröffnete Präsident *Haffter* (ihn zu rühmen, darf ich nicht mehr wagen, sonst versetzt er mir nachträglich ein's): Er begrüsst die aus den verschiedenen Gauen unseres Vaterlandes herbeigeeilten Collegen auf's herzlichste und gedenkt wehmüthig manches Edlen und Guten, den wir in Olten alljährlich zu sehen gewohnt waren, und der nun Mund und Augen für immer geschlossen hat. „Der Kampf, den wir kämpfen, fordert Jahraus Jahrein seine Opfer; Einer nach dem Andern geht; ohne Rücksicht auf Alter, Geisteskraft und Leistungsfähigkeit werden die Reihen gelichtet; neue Kräfte kommen! So ist ein ewiger Wechsel. Aber Eines bleibt und soll und wird bleiben, so lange die Welt steht — das Streben nach Vorwärts und nach Oben — das Ringen nach Vervollkommnung und nach Erkenntniss! Und mögen Völker sich in nationalem Hass zerfleischen, oder mögen finstere Mächte dem Fortschritt hemmend sich entgegenstellen — vorwärts, vorwärts strebt die Menschheit und vorwärts strebt der Arzt, in seinem Berufe, in socialen Fragen, in Allem, was den menschlichen Geist bewegt. Das hat er von jeher gethan, aber der Reibungscoëffizient mit der trägen Masse

und mit dem Gegenstrom von Dummheit, Egoismus und Indifferentismus ist ein grosser, und der Einzelne lief Gefahr, zu erlahmen, so lange er nicht in der Verbindung mit seinen Standesgenossen Kräftigung und Unterstützung finden konnte.“ Redner kommt dann auf die begeisterten Gründer des Centralvereins zu sprechen, deren Devise: Viribus unitis die unsrige bleiben soll. Olten sei durch ihre That so recht das Rütli unserer ärztlichen Eidgenossenschaft geworden, auf dem wir alljährlich unsern Bundesschwur erneuern wollen. „Ein Hauptwerth unserer Versammlungen liegt ausserdem in der Erfrischung des Geistes, in der Erwärmung des Herzens, in dem Stück alter, warmer Burschenherrlichkeit, das wir — so oft an des Lebens Schattenseite fröstelnde Philister hier wieder erfahren, in dem Anklingen von Saiten, die im Laufe der Zeit verstummen würden und deren Tönen unserm Leben und Handeln doch erst die rechte Weihe geben kann. Was aber der Einzelne an Kraft und Begeisterung und neuem Muthe mit sich nimmt, das setzt er daheim in Thaten um und hilft so mit an der Lösung der grossen Gesammtaufgabe, die wir Aerzte uns stellen, an der Arbeit für's öffentliche Wohl und ebnet den Boden für das, was diese unsere Arbeit für's Wohl des Volkes erspriesslicher und wirksamer machen soll — für die Organisation unseres öffentlichen Sanitätswesens; denn wenn Jeder begeistert und selbstlos seine Pflicht thut, so kann die Anerkennung und der schliessliche Erfolg auch nach dieser Seite nicht fehlen. Und die wahre, nachhaltige Begeisterung, die kommt aus einer Quelle, welche nie versiegt — ein Erbarmungswürdiger, wer diese Quelle nicht kennt! — sie heisst die Liebe zum Vaterlande. Dort liegt ein grosser Theil unserer Kraft; dorther strömt die wahre Wärme und selbstlose Aufopferungsfähigkeit und der Muth, unentwegt höheren Zielen nachzustreben und das letzte Motiv auch unserer Aerzteversammlungen ist ächter Patriotismus.“

Redner schliesst deshalb mit einem Hoch auf unser liebes Vaterland, in das die ganze Versammlung begeistert mit einstimmt.

Dr. *Steiger* von Luzern möchte in einigen Worten das Thema der Unterstützung der schweizerischen Universitäten durch den Bund berühren. Redner hält noch an einer eidgenössischen Hochschule fest und betrachtet sie nicht als eine Utopie wie die Angehörigen der Cantone, welche Universitäten besitzen. Die Universitätscantone haben freilich mit Freuden den Zuzug aus andern Cantonen zu ihren Hochschulen gesehen; sie haben dieselben aber im höchst eigenen Interesse, in erster Linie für sich selbst errichtet. Man hat in letzter Zeit viel von einer Ueberfüllung der Universitäten gesprochen und gesagt, es werde hiedurch ein gelehrtes Proletariat geschaffen. Dem würde durch eine eidgenössische Hochschule abgeholfen. Redner ist der Meinung, dass die Universitätscantone ihre Hochschulen in naturwissenschaftliche und medicinische Schulen umwandeln sollten und dazu sollte dann der Bund eine eidgenössische Universität gründen. Nur Medicin und Naturwissenschaften bedürfen des Anschauungsunterrichts zu ihrer Erlernung, nicht aber die andern Facultäten, und deshalb wünschte der Redner, dass für dieselben eine eidgenössische Hochschule errichtet würde. Er wünscht dieselbe um so mehr, als er Angehöriger eines Cantons ist, der keine Universität besitzt. Dass die andern Cantone Geld geben sollen für eine egoistische cantonale Anstalt, das ist auch nicht billig (ho, ho, aus der Versammlung). Uebrigens wird der Bund auch nicht die cantonalen Universitäten subventioniren wollen, ohne etwas dazu sagen zu können. Zum Schluss kommt Redner noch in humoristischer Weise auf die Erscheinungen des Hypnotismus zu sprechen und trinkt auf das Gedeihen unserer schweizerischen medicinischen Schulen in der einen oder andern Form.

Präsident *Haffter* weist launig darauf hin, dass er aus der eben gehörten Rede zweierlei gelernt hat: 1) dass auch ein ausgezeichneter *Steiger* einmal auf einen Holzweg gerathen kann, und 2) dass Prof. *Forel* eine ganz merkwürdige zauberhafte Kraft besitze; sobald sich derselbe in die Nähe des Vorredners begeben, habe er demselben einen glücklichen und allgemein befriedigenden Schluss suggerirt.

Anknüpfend an die letzten Worte protestirt Prof. *Forel* gegen die oft geäusserte Behauptung, der Hypnotismus unterstütze den Zauberglauben. Derselbe ist vielmehr dazu



da, um ihn zu zerstören. Der Zauberglaube hat so lange man weiss immer bestanden. Dagegen hat sich bis jetzt der Arzt diesen Dingen gegenüber achselzuckend verhalten; die Wissenschaft hat sich bis jetzt gescheut, dem Zauber entgegenzutreten und ihn genauer zu prüfen. Das erreicht aber gerade der Hypnotismus. Er reisst dem Zauberglauben die Maske vom Gesicht und deshalb sollte auch die Medicin sich bestreben, den Hypnotismus den unberufenen Händen der Spiritisten, Magnetiseure und wie die Schwindler alle heissen, zu entreissen. Daher müssen wir die Erscheinungen des Hypnotismus genauer studiren, um ihn richtig erkennen und auch mit richtigem Vorbedacht ausüben zu können.

Indem er sodann auf die Rede Dr. *Steiger*'s übergeht, findet Prof. *Forel*, unsere cantonalen Universitäten seien noch lange nicht bankerott; sie erweisen sich vielmehr als recht lebensfähig. Wie sollten übrigens die 1000 Medicin-Studirenden der Schweiz an einer einzigen Universität gehörig studiren und das nöthige Material finden können? Wenn eine Facultät die Errichtung einer eidgenössischen nicht wünschen darf, so ist es sicher die medicinische. Er bringt sein Hoch unsern cantonalen Universitäten.

Prof. *Kocher* weist darauf hin, dass es unnütz wäre, hier die Gründe für und wider die eidgenössische Universität länger zu erörtern. Da es sich beim Studium der Medicin vorzugsweise um einen demonstrativen Unterricht handelt, so erhellt, dass dieser letztere in mehreren kleinen Hochschulen viel eher und besser durchgeführt werden kann, als in einer grossen Universität. Die Aerzte der Schweiz wissen das übrigens aus ihren persönlichen Erfahrungen nur zu gut. Prof. *Kocher* meint, diejenige Hochschule solle das Prädicat einer eidgenössischen Universität bekommen, welche die besten Kräfte hat und am meisten leistet. Er hält es sogar für möglich, dass mit der Zeit noch mehr Universitäten in der Schweiz entstehen. Es ist ja eigentlich gar nicht so schwer, eine Universität zu errichten, wie das Beispiel von Lausanne beweist; wenn die Spitalanstalten vorhanden sind, so finden sich unter den Aerzten auch gleich die Professoren, und Redner würde sich freuen, Dr. *Steiger* dereinst noch als Glied einer Luzerner Facultät begrüssen zu können. Zum Schluss benützt Prof. *Kocher* den Anlass, um die beiden Vertreter der neuen medicinischen Facultät in Lausanne auf's Wärmste zu begrüssen. Ihre Universität vivat crescat floreat!

Dr. *Steiger* bedauert, dass die Proff. *Forel* und *Kocher* ihn missverstanden und sich gegen ihn erhoben haben. Er betont nochmals, dass er die medicinischen Schulen in bisheriger Form und Zahl beibehalten wünscht, damit der Anschauungsunterricht besser durchgeführt werden könne, und dass ihm nur für die übrigen Facultäten die Centralisation in eine eidgenössische Hochschule willkommen wäre.

In scherzhafter Weise zeigt Dr. *Vögtli*, wie der Mediciner eigentlich Alles in Allem sei, wie er von jeder politischen, religiösen, socialen Partei etwas an sich habe und alles zu einem harmonischen Ganzen vereinige. Anknüpfend an ein Wort unseres Präsidenten, „conservativ, wie wir sind“, zeigt er, wie wir Aerzte in der Chirurgie einerseits freilich conservativ, andererseits aber z. B. in der Ablatio eines Carcinoms sehr radical seien. Wir sind ferner auf der einen Seite Aristokraten; wir wollen das Beste für unsere Patienten, anderseits furchtbare Socialisten, denn wir verwenden das gleiche Bistouri beim Arbeiter und beim Millionär. Wir sind orthodox, wir haben die Ueberzeugung, dass die Medicin immer Fortschritte machen werde, und sind dabei wieder arge rationalistische Skeptiker, so dass wir nicht glauben können, dass der h. Bundesrath einen Sanitätsreferenten anstellen werde, ehe und bevor wir ihn mit eigenen Augen gesehen haben.

Noch ergötzte Dr. *Maienfisch* in Mammern die Versammlung mit einer scherzhaften hypnotischen Production; die Reihe der Toaste war aber hiemit erschöpft; die grosse Versammlung löste sich in kleinere Gruppen auf; alte Freunde und Studiengenossen sassen zusammen, frischten alte Erinnerungen auf und pflegten die alte Freundschaft. Doch nur zu bald wurde das gemüthliche Colloquium gestört durch die Abfahrt der verschiedenen Eisenbahnzüge. Noch ein Händedruck und die Collegen zerstreuten sich nach allen Richtungen wie die Blätter vom Baume, die der Wirbelwind jäh erfasst und



verweht. Doch, sind wir auch wie die Blätter auseinandergestoben, so wissen wir doch, dass wir von einem Baume herstammen, und dass ein Band uns vereint — die Liebe zur Wissenschaft und zur leidenden Menschheit, das Gefühl der Solidarität, der Zusammengehörigkeit der Berufsgenossen. Es wird uns auch ferner wieder zusammenbringen; dafür bürgen die schönen Erinnerungen, die wir von der diesjährigen Herbstversammlung nach Hause mitgenommen haben.

Also auf Wiedersehen bei der alma mater bernensis im nächsten Frühling!

Herr Prof. *Forel* schickt uns folgende Ergänzungen und Berichtigungen zu dem in letzter Nummer gebrachten Referate über seinen Vortrag in Olten:

1) Seite 729, Mitte. Der normale Schlaf eignet sich für gewöhnlich nur deshalb nicht zur Suggestion, weil er nicht durch Suggestion eines Anderen erzeugt wurde und daher der Versuch der Suggestion meistens (in Folge alter Autosuggestion) weckt. Sonst würde er sich viel besser zur Erzeugung der Hypnose eignen als der Wachzustand. Es gelingt auch nicht selten, den normalen Schlaf in Hypnose direct überzuführen. — Es ist dazu nur die Herstellung der Verbindung mit dem Hypnotiseur nöthig.

2) Seite 730, Mitte. Amnesie ist nicht zur Hypnose nothwendig; sie bedeutet nur tiefere Hypnose. In vielen Fällen (Hypotaxie) bleibt völlige Erinnerung an alle Suggestionen — und dennoch haben dieselben oft trefflich gewirkt. Aber das Befragen des Hypnotisirten wird dennoch darüber Aufklärung verschaffen, ob er beeinflusst worden ist oder nicht (z. B. ob er den Arm nicht mehr hat senken können, trotz Versuch etc.)

3) Seite 732. Der Misserfolg bei Hysterischen ist weniger durch schwierigere Hypnotisirbarkeit als vielmehr dadurch bewirkt, dass dieselben die krankhafte Tendenz zur Bildung von massenhaften Autosuggestionen haben, wodurch sie immer Recidive und neue krankhafte Symptome erzeugen. Man kann bei ihnen einzelne Symptome leicht beseitigen, aber es bilden sich dafür immer wieder neue, wodurch die definitive Heilung sehr schwierig, sehr oft ganz unmöglich wird. Bei Geisteskranken sind die Erfolge meistens fast gleich null, weil das Gehirn (das Instrument, mit welchem die Hypnose wirkt) sich in allgemeinem krankhaftem Reizzustand befindet. Ebenso wird die Hypnotisirbarkeit durch alle Affecte beeinträchtigt.

4) Bei dem noch etwas anæmischen Mädchen, das ich vorstellte, und das zu wachsbleicher Anæmie bei achttägigen profusen Menses, die alle 14 Tage kamen, gekommen war, unterbrach ich bei der ersten Hypnose die im 4. Tag fliessende Menstruation sofort (d. h. im Verlauf von 4—5 Minuten). Ich brauchte seither durchaus nicht mehr die Menses jeweilen zu unterdrücken, sondern meine prophezeiende Suggestion, dass sie von nun an erst nach 4 Wochen kämen, schwach sein und höchstens drei Tage dauern würden, bewahrheitete sich ohne Weiteres. Schlaf- und Appetitsuggestion gelangen zudem bei ihr dermaassen, dass sie nun ganz hergestellt ist.

Referate und Kritiken.

Therapeutisches Hilfsbuch zur rationellen Behandlung in der internen Praxis.

Von *J. Milner-Fothergill.* Uebersetzt von *Krakauer.* Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg. 156 Seiten.

Das kleine, hübsch ausgestattete Buch bezweckt, namentlich dem angehenden Arzte practische Winke zu geben, wie er sich bei den mancherlei Vorkommnissen, welche ihm unerwartet entgegentreten können, zu verhalten hat; auch manchen grundsätzlichen guten Rath ertheilt es, der nicht nur Engländern, sondern auch den continentalen Aerzten nützlich werden kann. Im Weitern ist Referent aber nicht der Ansicht, dass uns, den hauptsächlich nach deutschen Anschauungen, Begriffen und Gebräuchen geschulten Practikern aus dem speciellen Theil und namentlich den Verordnungen der Medicamente ein grosser Vortheil erwachsen dürfte; das hier angerathene Verhalten weicht oft so sehr

von den in uns zur zweiten Natur gewordenen Eindrücken und Lehren ab, dass es uns nicht selten ganz unverständlich wird. Eine kleine Blumenlese — sie könnte leicht vermehrt werden — mag dies illustriren.

Seite 68. „Die Blutvergiftung. Die Antiseptica sind Mittel, welche sich mit organischen Stoffen im Zustande molecularer Veränderung verbinden, wodurch unlösliche, somit träge, unschädliche Verbindungen entstehen." Was man sich darunter vorstellen kann? Hoffentlich doch unlösliche Verbindungen der Ptomaïne. Doch davon scheint hier nicht die Rede zu sein und das angegebene Mittel (Natron sulfurosum) dürfte diesem Zwecke auch schwerlich entsprechen.

Die auf Seite 69 angegebene prophylactische Anwendung grosser Dosen chlorsauren Kalis scheint nicht ungefährlich zu sein, und die Behandlung der Malariadysenterie ist eine eigentliche Rosscur, womit sogar der Uebersetzer einverstanden zu sein scheint.

Seite 83. Gegen schlechten Ernährungszustand der Kinder wird als ein Mittel, welches nach erfolgloser Behandlung mit verdauungsverbessernden und tonisirenden Agentien sehr wirksam sei, das tägliche Einreiben des Leibes mit 15—20 Gramm Oliven- oder Knochenöl in der Nähe eines geheizten Ofens angerathen.

Seite 88. Bei Rheumatismus acutus spielen unsere bewährten Specifica eine untergeordnete Rolle; nur Natron salicyl. wird in zweiter Linie und in ungenügender Dosis (1,5 dreimal täglich) verordnet. Wichtiger sind Opium und doppelt kohlensaures Kali.

Manche Receptangaben sind dem schweizerischen Arzt und — sofern er nicht eine englische Pharmacopœ zu besitzen das Glück geniesst — auch unsern Apothekern unverständlich. Was fangen wir z. B. an mit Mixt. Acaciæ, Liq. Atrop. sulf., Liq. Morf. muriat., Vin. Ammoniacal. etc.?

Für diejenigen also, welche das Büchlein durchgehen, findet sich manche Perle, welche sich des Suchens verlohnt; aber sie muss aus einem Haufen Sägespähne herausgelesen werden. *Trechsel.*

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Microorganismen, umfassend Bacterien, Pilze und Protozoën.

Von Prof. *Baumgarten.* Dritter Jahrgang 1887. Braunschweig, 1888. 517 S.

Wie mächtig auf bacteriologischem Gebiete auch im verflossenen Jahre gearbeitet wurde, zeigt uns der vorliegende Bericht. Ueber 817 Arbeiten (300 mehr als 1886) ist darin referirt, obgleich diesmal die Arbeiten aus der Pflanzenpathologie weggelassen wurden. *B.* begnügte sich nicht mit der einfachen Wiedergabe des wesentlichen Inhaltes der Arbeiten, sondern bietet in ca. 700 z. Th. recht ausführlichen Anmerkungen dem Leser seine Anschauungen über Werth und Bedeutung des Referirten. Obschon in diesen kritischen Bemerkungen durchaus die persönlichen Ansichten des Verfassers zur Geltung gebracht werden, denen wohl viele Sachverständige nicht zustimmen, so möchten wir dieselben doch nicht missen; — sie erleichtern die Lectüre des Buches und geben mannigfache neue Anregungen.

Wir sind dem Verfasser für die mühselige Arbeit, der er sich unterzogen, zu Dank verpflichtet und möchten sein Buch auf's beste empfehlen. *Garrè.*

Beiträge zur klinischen Chirurgie.

Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Tübingen. Herausgegeben von Prof. Dr. *Paul Bruns.* 3. Band. 3. Heft. Tübingen (H. Laupp) 1888.

I. *E. Müller* berichtet über einen Fall von Actinomycose der Hand, bei welchem die Infection durch einen in die Hand eingedrungenen Holzsplitter entstanden war. Zwei Jahre nachdem bei einer 28jährigen Frau ein Holzsplitter in die rechte Hohlhand eingedrungen, entstand aus dem von der Verletzung restirenden erbsengrossen Knötchen eine halb haselnussgrosse Schwellung von regelmässiger Oberfläche auf dem Knochen verschieblich, zum Theil fluctuirend, zum Theil derb. Bei der Incision drang das Messer in eine mit weichen Granulationen gefüllte Höhle, aus welcher Actinomyces-Körner sich entleerten; zudem fand sich noch ein kleiner Holzsplitter vor. Totalentfernung der Geschwulst; rasche Heilung. Verf. nimmt an, dass der Pilz mit dem Holzstückchen in die Hand eingedrungen sei.



II. *C. Hertzberg* theilt die Resultate der Schnittbehandlung der Hydrocele aus der Tübinger Klinik mit und sucht durch Zusammenstellung der bis jetzt veröffentlichten Zahlen über die Endresultate der beiden mit einander concurrirenden Behandlungsmethoden den Satz zu begründen, dass die Incisionsmethode als das rationellste Verfahren, namentlich in Rücksicht auf die Sicherheit des dauernden Erfolges anzusehen sei. Bei Zusammenstellung sämmtlicher in der Literatur vorhandener Fälle ergibt sich: Mit Jodinjection wurden behandelt 823 Fälle, davon 789 Heilungen und 34 Recidive. Längere Zeit nach der Behandlung wurde das Endresultat festgestellt in 299 Fällen, wovon 275 Heilungen und 24 (= 8%) Recidive. Mit Incision wurden behandelt 460 Fälle, davon 454 Heilungen und 6 Recidive. Später sind nachuntersucht 130 Fälle mit 125 Heilungen und 4—5 (= 3—4%) Recidiven. Die Incision würde demnach mindestens die doppelte resp. vierfache Sicherheit hinsichtlich des endgültigen Erfolges bieten. — *Kocher* hält die Jodinjection für die Normalmethode der Praxis, die Incision dagegen für die „Spitalmethode", eine Ansicht, die trotz der Zahlen des Verfassers unbestritten bleiben wird.

III. Die Casuistik der Beckenfracturen vermehrt *F. Kloos* um 4 Fälle: 1. 47jähriger Mann. Verschüttung. Tod nach 2½ Stunden. Section: Bruch des linken Oberarmkopfes, der rechten 4.—10. Rippe; doppelt verticale Beckenfractur mit doppelt symmetrischem Bruch des hinteren Theiles des Beckenringes. 2. 58jähriger Mann. Sturz aus dem 3. Stock auf's Pflaster. Tod ¼ Stunde nach Spitalaufnahme. Section: Fractur der 1.—8. Rippe links; klaffende verticale Fractur des linken Schambeines, Bruch durch das Kreuzbein ganz nahe der linken Synchondrose. 3. 24jähriger Mann. Verschüttung. Befund: Unvollständige Fractur des Steissbeines; Fractur der Symphyse, Ruptur der Harnröhre. Bei exspectativer Behandlung Dammabscess und später Urinfistel. 6 Monate nach der Verletzung Urethrotomia ext. und Extraction eines necrotischen Knochensplitters. Heilung. 4. 34jähriger Mann. Verschüttung. Tod bald nach Aufnahme in den Spital. Section: Bruch des rechten Schambeines, Symphysen-Trennung, Fractur der Spina post. sup. dextra. Linkerseits: Luxatio femoris ischiadica. Fractur des Pfannenbodens und Pfannenrandes. Querbruch des Kreuzbeines zwischen 4.—5. Wirbel.

IV. *Zuneshaburo Kikuzi:* Ueber die Tuberculose der Nasenschleimhaut. Sie kommt in Form von Geschwülsten und von Geschwüren vorwiegend bei Männern zur Beobachtung. Die Erkrankung ist sowohl primär als secundär, beginnt am Septum cartilagineum in Form einzelner hirse- bis wallnussgrosser Knoten, die gewöhnlich auf ihrer Höhe oder in ihrer Nachbarschaft ausgedehnte Geschwürsbildung zeigen. Perforation des Septum kommt zuweilen vor. Verlauf chronisch. *Bruns* erzielte in einem Falle durch wiederholte Cauterisation und schliesslich nach Spaltung der äusseren Nase durch ausgedehnte Excision des Septum mit Messer und Scheere vollständige Vernarbung, die seit mehreren Jahren Bestand hat.

V. *P. Bruns:* Die Heilwirkung des Erysipels auf Geschwülste.[1]) In 22 Fällen von Geschwulstbildungen trat ein spontanes Erysipel hinzu. Diese Fälle lassen sich in folgende fünf Gruppen theilen: 1. 5 Fälle histologisch sicher gestellter Sarkome; davon sind 3 Fälle vollkommen und dauernd geheilt; 2. 3 Fälle von ulcerirtem Gesichts-Carcinom; zweifelhafter Erfolg des Erysipels; 3. 6 Fälle histologisch nicht sicher gestellter Carcinome und Sarkome; Erysipelwirkung nur vorübergehend; 4. 2 Fälle multipler Narbenkeloide nach Verbrennungen; vollständige Heilung; 5. 4 Fälle von Halslymphomen, theils verschwunden, theils verkleinert. Künstlich wurde das Erysipel erzeugt in 5 Fällen: 3 Mamma-Carcinome, davon 1 unverändert, 1 um die Hälfte verkleinert, 1 bis auf eine erbsengrosse Verhärtung in der Narbe zurückgegangen; dazu noch 1 multiples Hautfibrosarkom, theilweise verkleinert, und 1 Orbital-Sarkom unverändert.

Verfasser erklärt an der Hand dieses Materials die künstliche Erzeugung der Rose zur Beseitigung von Tumoren unter gewissen Umständen als berechtigt besonders für die Sarkome, bei welchen vollständige und dauernde Heilung möglich ist. Als einzige Methode der Erysipel-Erzeugung empfiehlt sich die Impfung mit Reinculturen von Erysipel-Coccen nach *Fehleisen*.

Die übrigen Arbeiten dieses Heftes (*W. von Noorden:* Das verkalkte Epitheliom —

---

[1]) Vgl. „Corr.-Blatt" 1888, pag. 391.

Osteome der Ferse; *Z. Kikuzi:* Zwei Fälle von Stirnhöhlen-Osteom — Keloid des Ohrläppchens) haben vor Allem specialistisches Interesse. *Kaufmann.*

Weiterer Beitrag zur Lehre von den Varicellen.

Von Prof. *E. Lipp* in Graz. Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark. XXIV. Vereinsjahr 1887. Graz, Leuschner und Lebensky, 1888. S. 99.

Die Varicellen wurden schon im 16. und 17. Jahrhundert von den Pocken unterschieden. Vorübergehende Albuminurie ist häufig. Hie und da kann durch höheres Fieber und Complicationen die Krankheit schwerer werden. Combination mit andern acuten Infectionskrankheiten ist mehrfach beobachtet.

Erkrankung Erwachsener an Varicellen kommt vor.

1. Student der Medicin, 18 Jahre alt. Diagnose auf Varicellen auch schon von anderer Seite gestellt. Ausschlag sehr deutlich und ausserordentlich reichlich. Schleimhaut des Mundes und Schlundes auch besetzt. T. bis 40,0 Vaccinirt. Unwohlsein nur wenige Stunden vor dem Ausbruch des Exanthems. Es blieben einige Narben zurück.

2. Fräulein, 17 Jahre alt: geimpft; ohne Vorboten Ausschlag; sehr geringes Unwohlsein; wenige Bläschen in der Mundhöhle.

3. Soldat, 21 Jahre alt; geimpft; deutlich ausgeprägter Ausschlag. Klinische Vorstellungen.

4. Taglöhner, 18 Jahre alt; geimpft. Ungewöhnlich schön entwickelte und instructive Varicellen; durch 14 Tage in den Vorlesungen demonstrirt. Ausbruch des Exanthems ohne Vorläufererscheinungen. Wenig Eiweiss. T. bis 39,4.

Ein 7jähriger Knabe ohne Impfnarben, der mit Fall 3 und 4 das Zimmer getheilt hatte, erkrankte in typischer Weise an Varicellen. Eine Variola kam im Krankenzimmer nicht zum Vorschein.

5. Doctor der Medicin, 25 Jahre alt; geimpft. Behandelte zwei an Varicellen erkrankte Mädchen. Nach der entsprechenden Incubationszeit bekam er ganz charakteristische Varicellenbläschen mit „so geringen Allgemeinstörungen, dass er seine dienstlichen Functionen nicht einen Tag zu unterbrechen brauchte."

Ich meinerseits möchte bei Anlass dieser Bestätigung eigener Behauptungen nur die Warnung zu äusserster Vorsicht in der Diagnose wiederholen. *Seitz.*

Die Georg Engelmann'sche trockene gynæcologische Behandlung.

Von Prof. *L. Kleinwæchter.*

„Wiener Klinik", red. von Dr. *A. Bum.* 10. Heft. October 1888.

Prof. *Kleinwæchter* hat die von *G. Engelmann* in St. Louis empfohlene gynæcologische Behandlungsmethode mit medicamentösen Pulvern und Tampons längere Zeit geübt, und kann dieselbe auf Grund seiner Beobachtungen empfehlen. Zur Verwendung gelangen die verschiedensten Pulver, sei es in reiner oder gemischter Form. Die Application derselben geschieht, vermittelst eines Pulverbläsers, im mehrblättrigen Speculum. Die Tampons, in verschiedener Grösse und aus verschiedenartigem Material angefertigt, werden mit oder ohne Zusatz von Pulver eingelegt, je nachdem, ob man eine medicinische oder eine mechanische Wirkung erzielen will.

Der Tampon findet Verwendung bei Uterusflexionen, Lageanomalien von Uterus und Vagina, Fixationen, Exsudaten, Catarrhen, zur Fixation von medicamentösen Tampons und Intrauterin-Stiften. Der mechanische Tampon muss aus antiseptisch präparirter, nicht entfetteter Schafwolle oder Jute bestehen, und ersetzt in sehr zweckmässiger Weise das Pessar.

Der Verfasser hofft, dass die Behandlungsmethode ihrer Einfachheit, Ungefährlichkeit und Wirksamkeit halber bei den practischen Aerzten grosse Verbreitung finden werde. *Tramêr.*

Ueber Achsenzugzangen.

Von Dr. *Ernst Bumm.* Sammlung klinischer Vorträge von *R. v. Volkmann.*

Ersparniss an Kraft, Verminderung des Druckes auf die Beckenwandungen, die freiere Beweglichkeit des mit der Zange gefassten Kopfes und seine Unabhängigkeit von der

Richtung des Zuges, Andeutung der Zugrichtung durch die Stellung der Griffe, sind die Hauptvorzüge der *Tarnier*'schen Achsenzugzange. Die Vorwürfe, die derselben gemacht werden, sind folgende: Die Zange ist zu complicirt, daher auch schwer zu desinficiren, der Kopf erleidet durch die Anwendung der Fixationsschraube leicht eine Compression, die freischwebenden Zangentheile üben einen Druck auf den Kopf aus.

B. anerkennt die Vortheile, die uns eine einfache Zange bietet, weist jedoch die anderen der *Tarnier*'schen Achsenzange zur Last gelegten Nachtheile als übertrieben oder gar nicht bestehend zurück.

Die *Tarnier*'sche Zange bedeutet einen wesentlichen Fortschritt gegenüber dem alten elastischen Forceps, wenn auch die Construction derselben noch Verschiedenes zu wünschen übrig lässt. Die *Tarnier*'sche Zange ist den anderen bisher bekannten Achsenzugzangen vorzuziehen. *Tramér.*

Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Complicationen.

Von *E. Finger.* Leipzig, 1888. Mit 32 Holzschnitten und 5 lith. Tafeln. 319 S.

Die sarcastische Bemerkung in der Vorrede *F.*'s — er sehe manch mitleidiges Achselzucken und Lächeln, „wie man denn über den Tripper soviel schreiben könne" — gilt gewiss nicht für die Spezial-Collegen des Verfassers. Denn diese, die so oft ihr Superarbitrium in Sachen chron. Gonorrhoe und ihrer Complicationen zu sprechen haben, werden ein klargeschriebenes, objective Kritik übendes und dazu noch Eigenes bringendes Lehrbuch gerade hierüber mit doppeltem Danke begrüssen. Denn es gilt, eine Lücke auszufüllen, eine Aufgabe, um so heikler und schwieriger, als verschiedene Forscher gerade hier längst den Stein der Weisen gefunden zu haben wähnten und noch offene Fragen längst für gelöst hielten.

Mit anerkennenswerthem Freimuth hat der Verfasser die bisherigen Arbeiten auf diesem Gebiet einer objectiven Kritik unterworfen und die Lücken in der Deutung und Behandlung mancher Krankheiten offen dargelegt. Die positiven Errungenschaften der letzten Jahre sind klar und übersichtlich dargestellt. Der Urethritis acuta posterior und der chron. Urethritis sind, wie vorauszusehen, besonders ausführliche Capitel gewidmet und die Abbildungen des hieher gehörigen Instrumentariums besonders reichlich. Bei dem Capitel der Prostatitis gibt Verf. seinen dem *Arzberger*'schen Hämorrhoidal-Apparat nachgebildeten Apparat an: eine schlanke, metallene Birne von 16 cm. Länge, im Cavum in zwei Abschnitte durch ein Septum getrennt, und mit zwei Schläuchen verbunden. Diese Birne, gut geölt, wird dem Patienten in den Mastdarm eingeführt; sie ruht mit ihrem stärksten Theile gerade der Prostata auf. Durch Heberwirkung lässt man kaltes, selbst eiskaltes Wasser circuliren, das dem Metall und so auch der Prostata seine Kälte mittheilt, also stark antiphlogistisch wirkt. 2—3 Mal täglich, je eine Stunde lang angewendet, hat Verf. vorzügliche Resultate erzielt, so lange keine Eiterung nachweisbar war. Der leicht handliche Apparat kann vom Pat. selber eingeführt werden.

Auch bei chronischer Prostatitis hat Verf. diesen Apparat (Fig. 29, p. 206) mit Erfolg mit Wasser von 37—42° C. täglich 1 Stunde lang angewendet. — Die lithogr. Tafeln — übrigens farbig — enthalten 17 instructive Bilder, sowohl macroscopische als microscopische. Ein ausführliches Literaturverzeichniss, ein weniger genaues Namenregister und ein Sachregister beschliessen das Werk.

Der Arzt und Philosoph *Maimonides* wird irrthümlich mit t geschrieben, die blennorrhagische Iritis eine „genug seltene" (p. 284) Affection genannt. Letzteres ist wohl ein gallisirter Lapsus linguæ. Nur vom humanitären Standpunkte wäre dieses „genug" zu rechtfertigen, vom stylistischen nicht.

Eine Lücke füllt das werthvolle Werk *Finger*'s aus, das wir auf das Wärmste den Collegen hierdurch empfehlen wollen. *Pauly.*

Grundriss der Augenheilkunde. 1888.

Von Dr. *Max Knies.* Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1888. 320 S.

Das ganze Gebiet der Augenheilkunde ist auf 300 Seiten abgehandelt. Es ist nicht zu umgehen, dass bei dieser Kürze einzelne Capitel etwas schwer verständlich werden.

So z. B. dürfte es jedem, der nicht schon vorher in der Kenntniss der Augenmuskellähmungen und der Analyse der Doppelbilder gründlich orientirt ist, kaum gelingen, vollständig klare Vorstellung aus dem entsprechenden Abschnitt zu gewinnen.

In dem Capitel „Untersuchung des Farbensinns" stellt *Knies* eine eigene Theorie zur Erklärung der Farbenblindheit auf. Gegenüber der Dreigrundfarbentheorie nach *Helmholtz* und der Complementärfarbentheorie nach *Hering*, nach welchen beiden Theorien es sich bei der Farbenblindheit um einen eigentlichen Ausfall von Farbenempfindungen handelt, nimmt *Knies* vier Maximalempfindungen an, die vier Farben des Spectrums entsprechen. Je nach der Lage dieser vier Hauptfarben mit Beziehung auf die beiden Enden des Spectrums können bei den einzelnen Individuen die Farbenempfindungsqualitäten wesentlich verschieden sein. Auch das Studium dieses Abschnittes wird durch die gedrängte Anordnung des Buches ziemlich erschwert.

Was das Trachom betrifft, so vertritt der Verfasser den Standpunkt, dass es sich um Infection der schon vorher folliculär erkrankten Conjunctiva mit blennorhoischem (gonnorrhoischem) Secret handle gegenüber der Ansicht anderer Autoren, welche die Conj. gonorrhoica, in deren Secret die *Neisser*'schen Gonococcen nachgewiesen werden können, absolut gesondert wissen wollen von der ägyptischen Augenentzündung. Von den vielen Namen, die diese Krankheit hat, hält *Knies* „Follicularblennorrhoe" für den besten.

Nach eigenen Untersuchungen über die pathologisch-anatomischen Verhältnisse beim Glaucom kommt *K.* zur Ansicht, dass es sich um eine Cyclitis oder Iridocyclitis handle, bei welcher es durch Exsudat auf die vordere Fläche der Iris zur Verwachsung derselben mit der Hornhaut kommt (also Iridocyclitis mit vorderer Synechie). Die dadurch bedingte gänzliche oder theilweise Obliteration des *Fontana*'schen Raumes bedeutet eine Verlegung des wichtigsten Abflussweges der Lymphflüssigkeit und übt daher einen hemmenden Einfluss aus auf die Lymphströmung im Auge überhaupt. Die Wirkung der Iridectomie, sagt der Verfasser, kann man sich wohl am einfachsten durch die Annahme erklären, dass durch den Schnitt im Scleralrande ein neuer Abflussweg aus der vordern Kammer in's subconjunctivale Gewebe geschaffen werde.

Im Capitel über Myopie stellt *K.* entgegen der Ansicht der Mehrzahl der Autoren, dass es sich bei der Kurzsichtigkeit lediglich um passive Zerrungs- und Dehnungsverhältnisse handle, die Theorie auf, dass das Grundleiden entzündlicher Natur, eine Chorioiditis diffusa chronica sei. So seien die regelmässigen Complicationen, die bei Myopie auftreten können, am einfachsten zu erklären. Verfasser will die eigentliche myopische Affection des Auges in obigem Sinne streng gesondert wissen von der positiven Refraction, d. h. von der verhältnissmässig zu starken Brechkraft des lichtbrechenden Apparates, welch' letztere sowohl in myopisch afficirten als in anatomisch normalen Augen vorkommen kann. Entsprechend der Auffassung der Kurzsichtigkeit als entzündliche Erkrankung des Auges empfiehlt *K.* für die Anfangsstadien eine antiphlogistische Behandlung: Durch wochenlang planmässig durchgeführte Einträufelung pupillenverengender Medicamente soll die Chorioidea von übergrossem Blutzufluss entlastet werden. *K.* schlägt vor: 4—6 Wochen lang Abends in beide Augen je 1 Tropfen einer 0,5% Eserinlösung. Diese Behandlung soll 3—4 Mal jährlich wiederholt werden.

Bezüglich Therapie, namentlich in Hinsicht auf die Cornea- und Conjunctivalaffectionen vertritt Verfasser stricte den Standpunkt der *Horner*'schen Schule. Da das Buch nicht ein Nachschlagebuch für Specialisten sein soll, so sind die operativen Eingriffe kurz abgehandelt, immerhin so, dass über den Gang jeder typischen Augenoperation ein klares Bild entworfen ist.

Das Werk ist geeignet, einem zweifachen Zwecke zu dienen. Einmal ist es für den Studirenden, der während mehrerer Semester Klinik und Vorlesungen gehört und die einzelnen Kapitel in ausführlicher Erörterung kennen gelernt hat, ein sehr gutes Repetitorium für das Examen. Zweitens ist es für den practischen Arzt, der bereits im Besitze eines Handbuches oder Lehrbuches der Augenheilkunde ist, ein sehr geeignetes Hülfsmittel, um sich über den neuesten Standpunkt in der Ophthalmologie rasch und ergiebig zu orientiren.

Pfister (Zürich).

Cantonale Correspondenzen.

St. Gallen. Münchener Feriencurse. Die vom 27. September bis 24. October in München abgehaltenen Ferienkurse für practische Aerzte wurden im Ganzen von 20 Schweizern, wovon aus dem Canton Bern 6, St. Gallen 4, Zürich 2, Unterwalden 2, Luzern, Solothurn, Aargau, Thurgau, Waadt, Graubünden je 1 — besucht und es mag aus diesem Grunde eine diesbezügliche Notiz im „Corresp.-Bl." nicht ohne Interesse sein.

Für's Erste muss bemerkt werden, dass der October puncto Morbidität auch in der bayrischen Hauptstadt zu den flauern Monaten zu gehören scheint, so dass das „Material" für die Curse nicht überall in der gewünschten Reichhaltigkeit zu Gebote stand. Diesem Umstande war es offenbar zuzuschreiben, wenn sich das theoretische Moment gegenüber dem practischen hie und da etwas allzusehr in den Vordergrund drängte und einzelne Curse dadurch folgerichtig mehr den Charakter einer eigentlichen Klinik für Studirende annahmen, was freilich insofern wieder sein Gutes hatte, als hiebei der einzelne Fall um so gründlicher besprochen werden konnte. Immerhin möchten wir bezweifeln, ob z. B. bei Verdacht auf Leukaemie auch nur die 3 Fleissigsten von uns jeweilen die Blutkörperchenzählung in der umständlichen Art und Weise vorzunehmen gedenken, wie sie uns von Privatdozent Dr. *Stintzing* in der klinischen Diagnostik auseinandergesetzt wurde. Dieses „Colleg", Morgens 8—9 Uhr im klin. Institut des allgemeinen Krankenhauses abgehalten, war das besuchteste, obschon es mit dem von Dr. *Hoesslin* geleiteten Sectionscurs collidirte, der Einigen von uns auch — recht gut gethan hätte. — Ein einmaliges Hospitiren dieses, sowie des pathologisch-anatomischen Demonstrationscurses überzeugte uns hinlänglich, dass wir hier in der That etwas verloren hatten, denn das im letztern gebotene Material wurde, im jeweiligen Anschlusse an die klinischen Symptome des Krankheitsbildes, in äusserst klarer, gewissenhafter Weise behandelt und zumeist durch Herbeiziehung analoger Präparate aus der pathologischen Sammlung näher illustrirt. — Eine specielle Berücksichtigung fanden bei *Stintzing* die neuern diagnostischen Untersuchungsmethoden; namentlich wurden in dieser Beziehung über die Differentialdiagnose von Magen-, Nieren- und Nervenkrankheiten eine Anzahl ebenso interessanter, als practisch werthvoller Gesichtspunkte eröffnet. Wir erinnern beispielsweise nur an die leicht und sicher auszuführenden Reactionen auf Magensaft mittelst Methylviolett, Tropæolin, Congoroth etc.

Von 9—10 Uhr zog Dr. *Messerer* einen Theil der internen Kliniker zu sich hinauf in den amphitheatral. Operationssaal. Neu waren hier für Manche unter uns die sehr ergiebigen Incisionen, die fast ohne Ausnahme bei complicirten Fracturen — selbstverständlich in Verbindung mit hinreichender Drainage — vorgenommen werden. Das Capitel der Fracturen und Luxationen erfuhr überhaupt eine einlässliche, von vielem practischem Geschick zeugende Besprechung und zwar nicht blos in diagnostischer, sondern auch in therapeutischer Hinsicht. Neben Sublimat kommt bei ausgedehntern Verletzungen vorzugsweise Jodoform, in vielen Fällen auch eine Combination der beiden Desinficientia zur Anwendung. Die *Lister*'sche Borsalbe wird, obschon sie in ihrer saffranrothen Münchener Abart nicht gerade einen exquisit aseptischen Eindruck macht, sowohl bei ausgebreiteten Verbrennungen, als auch vielfach bei granulirenden Wunden mit Vorliebe verwendet. Bei Erysipel wird immer noch die von *Nussbaum* vielverehrte Ichthyolsalbe aufgepinselt, ebenso auf arthritisch erkrankte Gelenke; capilläre Blutungen werden durch Wasserstoffsuperoxyd gestillt.

In dem gynæcologisch-diagnostischen Curse von Dr. *Issmer* war das zur Untersuchung kommende Material der Frequenz von Seite der Studirenden so ziemlich proportional; dagegen wurde in dem von Prof. *Stumpf* gemeinsam mit dem erwähnten Docenten an 2 Nachmittagen abgehaltenen Operationscurs nur an einem Phantom mit eingespannten Genitalien gearbeitet. Nebenbei fand sich übrigens auch Gelegenheit zu kleinern Operationen, während am Schlusse des Curses ein Résumé über die Gesammttherapie Prof. *Winkels* gegeben wurde.

Von der Frauenklinik gings — bei schlechtem Wetter per Tramway, bei schönem zu Fuss über den Sendlingerthorplatz zurück zum *v. Hauner*'schen Kinderspitale, wo Privatdocent Dr. *Escherich* ein in jeder Beziehung feines Colleg las. Hier traf man eine ebenso interessante als reiche Collection äusserst instructiver Fälle von congenitaler Lues mit monströsen Milzschwellungen, ferner von Rachitis, Tuberculose, überhaupt dem ganzen

Heer der Kinderkrankheiten einer Grossstadt. Es mag beiläufig erwähnt werden, dass als souveräne Cur gegen Syphilis auch in München immer noch die Inunction mit grauer Salbe betrachtet wird. — Dass die Krankheiten der Verdauungsorgane eine besondere Berücksichtigung erfuhren, ist selbstverständlich. Die Magenpumpe findet hier, speciell bei saurer Diathese des Magens, selbst bei Säuglingen, eine ziemlich häufige Anwendung und zwar, wie uns wiederholt ad oculos demonstrirt wurde, mit sehr gutem Erfolg. Es kommt hier freilich vor Allem darauf an, dass man es mit vernünftigen Müttern zu thun hat! — Von Medicamenten verwendet *E.* ziemlich oft Bismuth. salicyl. nach vorherigen kleinen Calomel-Dosen (bis 0,05 auf einmal!), um in erster Linie durch Abspaltung kleiner Mengen von Sublimat im Darmkanal eine desinficirende Wirkung auf die Schleimhaut zu erzielen. Natürlich gilt das längst geübte, vollständige Aussetzen der Milch als Hauptsache; nur wird statt der vielgerühmten Schleimdiät eine möglich zuckerfreie Nahrung — zumeist Eiweiss mit russischem Thee, letzterer als Excitans und leichtes Adstringens zugleich — verabreicht. Daneben tritt, da die Zeit des Diätwechsels als eigentliche Hungercur zu betrachten ist, auch Fleischbrühe und zwar zunächst die mehr alkalisch reagirende Kalbfleisch- oder Kalbsknochenbrühe, eventuell auch *Kemmerich*'sches Fleischpepton in seine Rechte. Nach 2—3 Tagen werden dann wieder kleine Portionen sterilisirter Milch versucht. — Bei Keuchhusten wird neben Chinin dem Chloralhydrat als symptomatischem Mittel vor Morph. und Cocain entschieden der Vorzug gegeben; gegen Diphtherie verwendet *E.* mit Vorliebe Kali chloric. (innerlich 2,0 : 100,0 bei Kindern von 1—2 Jahren), daneben lokale Bepinselung mit concentrirter Milchsäure, unter Umständen auch Inhalationen mit Borsäure-Lösung (3,0 : 100,0); im Allgemeinen wird möglichst früh zur Tracheotomie (in der Regel Tracheotomia inferior) geschritten. Bei Rachitis empfiehlt er Phosphor 0,01 auf Ol. jecor. Aselli 100,0 u. s. w. — Wenn Ref. dem schneidigen Docenten für seine anregenden, musterhaften Vorträge, die wesentlich das Ziel des practischen Arztes vor Augen hatten, hiemit ein wohlverdientes Kränzchen widmet, so weiss er, dass er mit seinem Urtheil nichts weniger als allein steht!

Wer nach den 4 Stunden nicht durch den knurrenden Magen daran erinnert wurde, dem Aesculap einen Hahn zu opfern — zum Frühschoppen blieb absolut keine Zeit — der hielt bis 1 Uhr noch tapfer bei Dr. *Kopp* im „Reisingerianum" aus, dessen Vorträge über Hautkrankheiten und Syphilis ebenfalls das Prädicat „schneidig" verdienen. — In den 2 Vormittagstunden, die Mittwochs und Samstags ausfielen, war endlich noch Gelegenheit geboten, bei Dr. *Seitz* einen Curs über klinische Chemie zu nehmen und da derjenige über klinische Microscopie nicht zu Stande kam, hatte der genannte Docent die Freundlichkeit, dieses Capitel in seinen wichtigsten Parthien — vor Allem in der Auffindung und Erkennung der wichtigeren Bacterien zur Demonstration zu bringen.

Und der Nachmittag? Nun, was diesen betrifft, so komme ich hier leider in den Fall, eine kleine Distinction zu machen zwischen Braven und Leichtsinnigen. Erstere, an Zahl die klugen Jungfrauen nicht weit übertreffend, besuchten am Nachmittage noch Curse über Laryngoscopie, Ophthalmoscopie, Electrodiagnostik und -Therapie, sowie den ganz vorzüglichen Curs über „Ohrenkrankheiten" von Prof. *Bezold*. Am spärlichsten waren die Abend-Collegien frequentirt, denn in München will man doch auch etwas vom Theater haben. — Von den Leichtsinnigen aber waren die Einen von ihren Frauen „zur Erholung" in die bayrische Residenz geschickt worden und durften daher den Nachmittag der „Kunst" widmen, während die zweite Categorie, theilweise zu den Verlobten gehörend, nach dem Spruche: „Ich hab' den ganzen Vormittag . . ." ihr Heil in den neuen Hallen des Hofbräuhauses suchte. Apropos! So buchstäblich ist Letzteres nun freilich nicht zu nehmen; im Gegentheil hatten die beiden Ausstellungen im Glaspalast und am Isarquai jedenfalls das Ihrige beigetragen, Einige von uns, die zwischen Berlin und Wien schwankten, nach Isar-Athen zu ziehen. So kam es, dass Abends nach dem Theater bei Neuner oder im Rathhauskeller auch hie und da etwas über Impressionismus und Freilichtmalerei docirt wurde, während man sich beim Nachhausegehen über Böcklin'sche Meergottheiten oder die Spina anterior superior der Venus von Rochegrosse stritt.

Dass übrigens diese Differenzen das gute Einvernehmen in keinerlei Weise zu trüben vermochten, bewies u. a. auch die allgemeine Schlusskneipe im „Rosengarten", wo bis auf Einen, der wegen Erkrankung seines Kindes früher nach Hause berufen ward, alle

Mann erschienen, um einige Stunden ächt schweizerischer Gemüthlichkeit und Frohsinns zu geniessen. — Der Gesundheitszustand der Truppe war — einige kleine Ausnahmen, wie sie in München selbst vorsichtigern Leuten passiren, abgerechnet — ein durchaus befriedigender; die Witterung dagegen 2 Wochen nass und 2 Wochen kalt: ein Umstand, der im Verein mit dem oben Genannten einige Spürnasen auf einen feinen Tropfen Rebensaft führte. Wer über's Jahr unserm Beispiele folgt, der merke sich als bequem gelegenes, sehr empfehlenswerthes Restaurant die Eckel'sche Weinstube an der Ecke der Sonnen- und Landwehrstrasse.

Ueber hygieinische Streifzüge, wie z. B. in's neue Schlachthaus, haben wir nicht gerade Ursache, viel Aufhebens zu machen. Was uns aber in der Stadt *Pettenkofer*'s wiederholt unangenehm auffiel, das war die sehr mangelhafte Ventilation einer Anzahl grösserer Vergnügungslokale. So fanden wir, um nur Ein Beispiel herauszuheben, eines Sonntag Nachmittags den „grössten Saal Deutschlands", den Münchenerkindl-Keller, nach einer Stunde derart mit Tabaksqualm angefüllt, dass es uns, die wir nicht weit von der in der Mitte placirten Regimentscapelle sassen, nicht möglich war, die gegenüber liegende, entferntere Wand des Locales zu sehen, ein wahres Nibelheim, in das niederzusteigen selbst Wotan Bedenken getragen hätte. — Doch halt! wir bekommen Wagner'sche Anwandlungen und da ist es Zeit, aufzuhören. Wir schliessen mit den Worten Scheffel's, die uns ein Collega vom Strand des blauen Bodan am schönen Abend des 19. October in später Mitternachtstunde zugerufen, ein Programm, zu dem sich auch unser Muster und Vorbild, der würdige Papa *C.* mit dem schönen, weissen Barte rückhaltlos bekannte:

Nicht rasten und nicht rosten,
Freiheit und Leben kosten,
Durst löschen, wenn er brennt,
Die Grillen vertreiben mit Scherzen:
Wer's kann, der bleibt im Herzen
Zeitlebens ein Student.

St. Fiden, 8. November 1888. Dr. *J. Müller.*

Zürich. Operationswiederholungscurs für Sanitätsofficiere in Genf vom 2.—16. September 1888.

Es nahmen an demselben 20 Sanitätshauptleute Theil, 17 deutsch sprechende und 3 französisch sprechende. Das Commando führte Herr Major Dr. *Frölich.* Unterricht wurde ertheilt in folgenden Fächern:

1) Kartenlesen (4 St.) und Taktik (11½ St.). Herr Oberstlieutenant de la Rive, Instructor I. Classe der Infanterie, hielt seine Vorträge in französischer Sprache. Er wusste in der kurz bemessenen Zeit unser Interesse für diese rein militärischen Fächer in vorzüglicher Weise zu wecken. Wenn auch seine Auseinandersetzungen im Interesse möglichst haushälterischer Verwerthung der knappen Zeit manchmal in einem für uns Deutsche zu raschen Tempo sich entwickelten, so verstand es immerhin der Vortragende, durch Nebeneinanderstellung der termini technici in französischer und deutscher Sprache den Wünschen Aller gerecht zu werden. Besonders fesselnd waren seine Deductionen bei Anlass des Ausmarsches nach Bernex, für welchen ein ganzer Nachmittag verwendet und wo mit specieller Rücksicht auf die gegebenen Terrainverhältnisse die Vertheidigungsstellung sowie das Angriffsvorgehen des Feindes in klarster Weise analysirt wurde.

2) Rapportwesen (3 St.) Sanitätsdienstreglement (14 St.), in deutscher Sprache vorgetragen von Herrn Major *Frölich.* Es wurde specielle Rücksicht genommen auf die Anforderungen und Verordnungen, welche durch die Einführung der Regiments- und Brigadeärzte nothwendig geworden sind. 2 Stunden wurden dazu verwendet, eigene schriftliche Befehle, soweit sie bei Sanitätsofficieren in Frage kommen können, anzufertigen. Practische Anleitung im Terrain an einem Nachmittage gab uns Gelegenheit, uns zu üben im Auffinden geeigneter Localitäten für Hauptverbandplätze und Krankendépôts.

3) Commandirübungen (2 St.) in deutscher und französischer Sprache. (Herr Major *Frölich*).

4) Demonstration des Sanitätsmaterials, in deutscher Sprache erläutert durch Herrn Major *Frölich.*

5) Rekrutenuntersuchungen (4½ St.). An Hand des Reglementes werden vom Curscommandanten (deutsch) die Gesichtspunkte, die bei den Rekrutirungen berück-



sichtigt werden müssen, auseinandergesetzt. Besonders ausführlich werden die Augenuntersuchungen besprochen. Mit Recht wird von Herrn Major *Frölich* die Methode von *Bravais* und *Michaud* (farbige Buchstaben durch farbige Gläser betrachtet) zur Entlarvung von Simulanten als für militärische Zwecke geeignet empfohlen.

6) Chirurgische Klinik (22½ St.) in französischer Sprache, gehalten von Herrn Prof. *Juillard*. In eingehender Erörterung bespricht der Vortragende die Gründe, die ihn veranlasst haben, zur Narcose den Aether zu verwenden und vom Chloroform abzusehen mit Ausnahme derjenigen Fälle, in welchen der Patient mit einer erheblichen Affection der Athmungsorgane behaftet ist, oder denjenigen Operationen, bei welchen die Glühhitze am Kopf oder in dessen Nähe applicirt werden muss. Ferner wird von Prof. *Juillard* dessen Standpunkt in der Frage der Antisepsis auseinandergesetzt und für Beibehaltung des Protectiv's, des Spray's (mit einigen Ausnahmen) und für Einschluss desinficirter Schwämme in den Verband plaidirt. Nachdem noch der von *Juillard* construirte Operationstisch mit kleinem separatem Seitentischchen demonstrirt worden war, wurde mit der klinischen Vorstellung von Patienten begonnen. Es wurden im Ganzen 11 Patienten demonstrirt und davon 10 operirt. Sehr interessant und für die meisten Anwesenden neu war es, einmal eine Serie von Aethernarcosen zu sehen, zumal Herr Prof. *Juillard* die Freundlichkeit hatte, die Narcose jeweilen durch einen Curstheilnehmer leiten zu lassen. Ausser der regelmässig auftretenden — bisweilen ziemlich heftigen Bronchial-Reizung hatten in keinem Falle irgend welche bedenkliche Erscheinungen sich eingestellt. Als Grundsatz gilt in der Klinik: Combination der Aether-Narcose mit vorausgehender Morphiuminjection bei voraussichtlich lange dauernden Operationen und bei Potatoren. Das durchschnittlich verbrauchte Aetherquantum betrug 75 gr. (Maximum 150 gr.) Die Narcose trat bei den 10 Fällen jedesmal ebenso rasch ein, als man dieselbe beim Chloroform gewöhnlich sich einstellen sieht. Auch die Tiefe der Narcose liess kaum etwas zu wünschen übrig.

7) Chirurgische Operationsübungen. Unter der Leitung des Herrn Prof. *J. L. Reverdin* wurden die typischen Operationen (Ligaturen, Amputationen, Exarticulationen, Resectionen) eingeübt. Obwohl das Leichenmaterial etwas spärlich und nicht gerade von erster Qualität war, so wurde dasselbe doch in pflichteifriger Weise ausgenützt. Es wurden von jedem Curstheilnehmer durchschnittlich circa 10—15 Operationen ausgeführt.

8) Kriegschirurgie (18 St.), in französischer Sprache ertheilt von Herrn Prof. *J. L. Reverdin*. Nachdem die Wirkungsweise der verschiedenen Geschosse in eingehender Schilderung besprochen worden war, wurde dieselbe durch Schiessversuche direct demonstrirt. Als Schiesswaffen kamen zur Verwendung: Vetterli-Ordonnanz, Rubingewehr mit normaler und reducirter Ladung, Ordonnanzofficiers-Revolver. — Als Zielobjecte dienten:

Blechbüchsen, einfach und gefächert, theils leer, theils mit Wasser, Sägespähnen, Kies, Sand u. dgl. gefüllt.

Ein menschlicher, mit Uniform bekleideter Cadaver.

Menschliche Knochen (Scapula, Becken), Thierorgane (frische Ochsenleber, Ochsenherz), Seifenplatten.

Buchenholzplatten und Tannenholzbretter, Glasscheiben.

Die Resultate waren sehr interessant; sie bestätigten im Allgemeinen die von Prof. *Reverdin* in der theoretischen Vorlesung gemachten Angaben betreffend Ein- und Austrittsöffnung, Explosivwirkung etc. Bei dem Schiessversuch auf ein Brettersystem documentirte sich auf's klarste die stärkere Durchschlagskraft des Kupfermantelgeschosses von Rubin gegenüber derjenigen des Vetterligeschosses. Abends wurden noch die Verletzungen der als Zielobject verwendeten Leiche auf der Anatomie studirt.

9) Verbandlehre (3 St.). In lebhaftem fesselndem Vortrage (in französischer Sprache) wurden von Herrn Dr. *August Reverdin* in seinem eigenen Privatspital die Hauptgesichtspunkte der Verbandlehre recapitulirt und ferner neue Verbände und neuere Instrumente gezeigt.

Zum Schlusse darf bemerkt werden, dass neben der Arbeit, die mit Aufmerksamkeit und Pünktlichkeit ausgeführt wurde, das gesellschaftliche Leben in der Freizeit den Stempel harmonischer Gemüthlichkeit und wahrer Collegialität trug. Allen Lehrkräften, die am Curse mitgewirkt haben, sind wir zum besten Dank verpflichtet. Eine besondere Anerkennung zollen wir noch den HH. Prof. *Juillard*, Prof. *Reverdin* und Dr. *Aug. Reverdin*

für ihre liebenswürdige Bewirthung. Eine Unterlassungssünde wäre es, hiebei nicht auch dankbar der Gastfreundschaft des Herrn *Revilliod* zu gedenken, der uns in zuvorkommendster Weise den Zutritt zu den herrlichen Kunstgegenständen des „Musée Ariana" gestattete.

In angenehmster Erinnerung an die schönen Tage von Genf entbiete ich allen Theilnehmern des Curses einen cameradschaftlichen Gruss. *Pfister* (Zürich).

Wochenbericht.

Schweiz.

— Am 12. December feierte Herr **Bundesrath Schenk** sein 25jähriges **Amtsjubiläum.** Wir beglückwünschen den hochverehrten Jubilar auf's Herzlichste und hoffen in dankbarer Anerkennung des warmen und verständnissvollen Interesses, welches er den Bestrebungen der schweizerischen Aerzte stets entgegengebracht hat, dass ihm noch viele Jahre segensreicher Wirksamkeit vergönnt sein mögen.

— In Wichtrach (Bern) starb am 23. November l. J. im Alter von nur 36 Jahren unser College *Gerber*, ein tüchtiger und beliebter Arzt.

Ausland.

— **Universitätsnachrichten.** Am 3. December beging Geheimrath *v. Pettenkofer* in München seinen 70. Geburtstag. Die Stadt München überreichte eine Gabe von 10,000 Mark, die Stadt Leipzig eine solche von 5000 Mark zur Verwendung als Prämien für Preisarbeiten auf hygieinischem Gebiete. — Aus der Schweiz gelangte folgendes Telegramm an den Jubilar:

Herrn Geheimrath Professor *Max von Pettenkofer*,

Den bahnbrechenden Forscher, den glänzenden Lehrer, den Begründer unserer Hygieine, den Wohlthäter der Völker, beglückwünschen zu seinem siebzigsten Geburtstage und grüssen in dankbarer Verehrung: Die schweizerischen Aerzte.

Namens derselben: Dr. *Sonderegger*.

— An Stelle von Prof. *Schultze* ist der ausserordentliche Professor der Universität Jena, *Unverricht* nach Dorpat gewählt.

— Hofrath Prof. *Preyer*, früher ordentlicher Professor der Physiologie in Jena, hat sich an der Universität Berlin habilitirt.

— Geheimrath *du Bois-Reymond*, dem gefeierten Physiologen in Berlin, wurde am 7. November zu seinem 71. Geburtstage von Zuhörern, Freunden und Collegen eine schöne Ovation durch Blumenspenden dargebracht.

— Prof. *E. Ziegler* in Tübingen hat einen an ihn ergangenen Ruf als Prof. der pathologischen Anatomie nach Freiburg angenommen.

— **Gegen chronische Acne** wird im „Lyon médical" folgendes Mittel empfohlen: Rp. Resorcin, Pulv. amyli, Zinc. oxyd. $\overline{aa}$ 4,0, Ungt. Petrolei 12,0.

Abends einzureiben und des Morgens mittelst in Olivenöl eingetauchter Watte zu entfernen. Das Mittel soll die Haut nicht reizen und dabei sehr heilkräftig wirken.

— Gegen **juckende Dermatosen** wird von den Specialisten das Menthol angelegentlichst empfohlen. Als Mentholsalbe mit Lanolin als Basis z. B.: Rp. Menthol 2,5, Ol. olivar. 7,5—10,0, Lanol. ad. 50,0, M. f. ungt.

Diese Zusammensetzung erscheint besonders indicirt bei Urticaria, Pruritus cutaneus spez. senilis. Das Lanolin als Salbengrundlage hat den Zweck, den fehlenden Fettgehalt der Haut zu ergänzen und wirkt überdies sehr günstig auf die Heilung der durch das Kratzen excoriirten Haut. Das Menthol wirkt leicht anæsthesirend auf die Hautnerven, deren Sensibilität durch die Sprödigkeit der Haut gesteigert ist. Bei Pruritus pudendi sollen Waschungen mit einer Lösung von einem Theelöffel voll Borax in ca. $^{1}/_{2}$ Liter heissen Wassers, zu welchem 5 Tropfen Ol. menthæ pip. hinzugefügt sind, gemacht werden. — Vorheriges Durchschütteln der Lösung ist erforderlich.

— **Behandlung der Ozaena.** Dr. *Ruault* hat bei Anwendung von Naphtol gute Resultate bekommen. Er irrigirt die Nasenhöhle 3—4 Mal täglich mit folgender unmittelbar vor jeder Ausspühlung frisch zu bereitender Lösung: In einem Liter Wasser wird ein Löffel einer Lösung von Natr. borac., Natr. biborac. $\overline{aa}$ und ein Caffeelöffel einer Lösung von Naphtol β 12,0, Alcohol (90°) 84,0 zugesetzt.

In sehr hartnäckigen Fällen wird nach vorausgegangener Ausspülung ein mit folgender Lösung getränkter Wattetampon in die Nase eingeführt und 1/4 Stunde darin belassen: Rp. Naphtol β 12,0, Tct. Quillayæ 88,0, Aq. dest. 400,0.

Die Vorzüge dieser Behandlung sind ein rasches Schwinden des Geruches und eine bedeutende Verminderung der Secretion. Der einzige Nachtheil des Naphtols ist ein unmittelbar nach dessen Gebrauch sich einstellendes leichtes Brennen — das aber bald aufhört. (D. m. W. Nr. 43.)

— **Behandlung der Paraphimose.** *Parkin* gebraucht statt des bis jetzt üblichen blutigen Verfahrens eine Methode, die von englischen Aerzten vorgeschlagen wurde, aber wenig Verbreitung gefunden hat. Man nimmt am besten eine Schnur und wickelt damit in Touren den geschwollenen Penis von der Eichel bis etwa zur Mitte des Gliedes ein; nach 2—3 Minuten wird die Schnur abgewickelt, worauf die Eichel mit der grössten Leichtigkeit reponirt werden kann, wovon sich *P.* in einer grössern Anzahl von Fällen überzeugt hat. (D. m. W. Nr. 48.)

— **Preisausschreiben.** Zu Ehren *Tommasi*'s hat die Redaction des „Morgagni" einen Preis von 500 Fr. ausgeschrieben für die beste Arbeit über das Thema: „Es ist in kurzgefasster, aber zusammenfassender Weise der gegenwärtige Stand des Wissens über die Localisation im Rückenmark darzustellen, womöglich mit neuen Thatsachen zum Studium dieser Frage beizutragen." — Einreichungstermin bis 31. December 1889.

— **Die manuelle Entleerung der Harnblase.** Dr. *J. Heddaeus* wundert sich höchlichst, dass diese herrliche Idee noch Niemandem gekommen sei, da doch sonst andere Höhlen (wie Uterus, Abscesse etc.) durch manuellen Druck ihres Inhaltes entleert werden. Wer hat nicht schon bei schlaffer Blase beim Catheterismus durch Druck auf das Abdomen nachgeholfen! Freilich empfiehlt *Heddaeus* ohne Catheter bei Lähmung des Musc. detrusor vesicæ durch Druck die Blase zu entleeren. Er bewerkstelligt dies auf zweierlei Arten, — entweder so, dass er bei dem auf dem Rücken liegenden Patienten den Fundus vesicæ mit beiden Händen flach umgreift und durch stetigen Druck gegen die Symphyse zu den Urin auspresst — oder indem er mit den Daumenballen und der Palma manus den Rücken gegen den Patienten gekehrt, von oben her presst.

H. will diesen Handgriff überall da, wo Catheterismus indicirt ist, angewandt wissen, und hält ausser der Leichtigkeit die Schmerzlosigkeit und Ungefährlichkeit als Vorzüge seiner Methode.

Referent kann sich für dieses „Columbusei" nicht begeistern. Denn erstens dürfte dieser gewaltsame Druck nicht gefahrlos sein. Bei etwas verbreiteter Anwendung würde sich die Casuistik der Blasenruptur sicherlich mehren. Sind doch schon Fälle beschrieben, wo durch einfache Eingiessung von Wasser in die Blase mit dem Irrigator Rupturen eingetreten sind, — Fälle, wo bei gefüllter Blase ein mässig starker Schlag in die Unterbauchgegend die Blase zum Platzen brachte und den Patienten das Leben kostete.

Die grösste Mehrzahl der Fälle, die chirurgische Hülfe bei Blasenleiden bedarf, sind gewiss die Prostatiker. Und denen soll mit einem einfachen Druck auf den Bauch geholfen sein! Man versuche es bei diesen Fällen, wo meist ein mittlerer Lappen der Prostata die Harnröhrenmündung (den Blasenhals) ventilartig verschliesst. Man wird bald eines Bessern belehrt sein. Oder bei engen Stricturen der Harnröhre. Ob ein Krampf des Sphincter vesicæ durch diesen Handgriff überwunden werden kann, wagt *H.* vor der Hand noch nicht zu entscheiden.

Was endlich die Neuheit dieser Methode anbetrifft, so hätte Verf. in jedem physiologischen und pathologischen Laboratorium erfahren können, dass auf diese Weise, mit Fingerdruck — der Harn von Fröschen und Kaninchen genommen wird; freilich sind unter diesen Species die Prostatiker weniger vertreten, als bei der Gattung homo sapiens, bei der die bisherige Therapie noch zu Recht bestehen darf. *Garrè* (Tübingen).

— **Neapel.** Daselbst soll ein neues Universitätsgebäude errichtet werden. Die Kosten für Herstellung der nöthigen Räumlichkeiten, welche sämmtliche zur Universität gehörigen Anstalten, Museen, Laboratorien, Bibliotheken und Kliniken einschliessen werden, sind auf 16,160,000 Lire veranschlagt, und sollen dieselben in vier Jahren fertig gestellt sein.

— **Gegen Hautwarzen** hat sich nach Prof. *B. Fränkel* (Berlin) in mehreren Fällen das Betupfen derselben mit Acidum carbolicum liquefactum sehr bewährt. Die umgebende Haut wird mit Charpiebaumwolle bedeckt und hierdurch geschützt, darauf wird die Säure

mit einem Glasstäbchen aufgetragen, und man lässt sie nun trocknen. Es entsteht dabei kein Schmerz. Soweit als die Säure in das Gewebe eingedrungen ist, stösst sich dasselbe nach einigen Tagen ab. Dann wird die Procedur wiederholt, bis die Warze beseitigt ist.

— **Feierliche Eröffnung des Instituts Pasteur am 14. November 1888.** Selten wurde ein wissenschaftliches Institut mit grösserem Glanze und lebhafterer Theilnahme aller staatlichen, wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Spitzen inaugurirt, als das durch eine internationale Sammlung fundirte Institut *Pasteur*. Galt es ja den Sieg einer humanistischen Idee, nach Ansicht der Franzosen auch den Sieg einer wissenschaftlichen Lehre zu feiern, deren Begründer und stets kampfestüchtiger, nun auch siegesfroher Anwalt, *Pasteur*, ein französischer Gelehrter ist. In unglaublich kurzer Frist war der imponirende Fonds von Fr. 2,600,000 aus Privatmitteln geschaffen, da der Senator Comte de Laubespin die Subscription erst im Mai 1887 mit der Summe von Fr. 40,000 eröffnete und in entsprechend kurzer Frist war der schöne und zweckmässige Bau vollendet und alle Installationen für den Einzug der wissenschaftlichen Arbeitskräfte fertiggestellt. *Pasteur* selbst aber hat das Werk durch seine bei der Eröffnungsfeier gehaltene Rede gekrönt, indem er die Grenzen für die wissenschaftliche Thätigkeit des Instituts auf das ganze weite Gebiet der Infectionskrankheiten und allgemeinen bacteriologischen Forschung ausdehnte. Prof. *Grancher* wird mit drei Assistenten allerdings auch fernerhin im Institute die Behandlung der von wuthkranken Thieren Gebissenen durch die *Pasteur*'sche Schutzimpfung fortführen. Damit soll jedoch nur ein geringer Theil des Arbeitsfeldes umgrenzt sein. Prof. *Duclaux* wird in den Hörsälen des Instituts seine Vorträge über biologische Chemie halten und die Leitung des Laboratoriums für allgemeine Bacteriologie übernehmen; Dr. *Chamberland* wird über die Beziehung der Microben zur Hygieine, Dr. *Roux* über ihre Beziehungen zur Medicin lesen. Der durch seine Phagocytenlehre rühmlichst bekannt gewordene russische Gelehrte Dr. *Metschnikoff* wird Vorträge über die Morphologie der niederen Organismen halten und Dr. *Gamaleia*, bekannt durch Arbeiten über das Cholera-Virus, über vergleichende Bacteriologie. Wir sehen demnach im Institut *Pasteur* eine vollständige, mit glänzenden Mitteln und reichem Geldfonds versehene Centralstelle für bacteriologische Forschung, wie sie gegenwärtig keine Stadt der Welt besitzt.

Lange vor der für die Eröffnung anberaumten Stunde war der für die Feier herrlich geschmückte Bibliotheksaal von einer grossen Schaar illustrer Gäste dicht gefüllt. Die Präsidenten der Kammer und des Senats, die hervorragendsten Mitglieder der Académie des sciences, aller Facultäten, die ärztlichen Koryphäen, die Spitzen der Behörden, die bekanntesten Vertreter der Kunst, Literatur, der Finanzwelt waren vertreten. Der unter den Klängen der Marseillaise sich vollziehende Einzug des Präsidenten der Republik und fast sämmtlicher Minister gab das Zeichen für die Eröffnung der Feierlichkeiten. Nach einer kurzen Begrüssungsrede Dr. *Bertrand*'s, des ständigen Secretärs der Académie des sciences, hielt Prof. *Grancher* die eigentliche Festrede, in welcher er die Verdienste *Pasteur*'s um die Bacteriologie, als deren Gründer er durch seine Untersuchungen über Fermente und über den Milzbrand anzusehen sei, in's volle Licht setzte und darauf die Geschichte der *Pasteur*'schen Schutzimpfung gegen Hundswuth in allen ihren schwankenden Stadien darlegte und ihren vollen Sieg auf allen Linien proclamirte. „Die Lehre *Pasteur*'s ist nicht todt, wie die Gegner zu glauben vorgaben, sie hat heute vielmehr fast in allen civilisirten Ländern ihre eigenen Stätten gefunden, so dass es heute 20 Institute gibt, in welchen die Methode *Pasteur*'s mit Erfolg geübt wird. Davon befinden sich 7 in Russland, 5 in Italien. In dem Pariser Institute sind seit 1886 im Ganzen 5384 Personen geimpft worden und ist die Sterblichkeit von 1,34 Procent auf 0,77 Procent gesunken. Sie wissen," schloss Redner seine mit vielem Beifall aufgenommenen Ausführungen, „das Institut *Pasteur* ist nicht nur für die Behandlung der Wuth, sondern auch zum wissenschaftlichen Studium jener Mittel gegründet worden, die uns ermöglichen sollen, alle jene mörderischen Krankheiten zu bekämpfen, welche das Menschengeschlecht decimiren, wie Diphtheritis, Typhus, Tuberculose etc. Die grossen Laboratorien, welche wir heute gastfreundlich den französischen und ausländischen Aerzten eröffnen, werden auf diese Weise eine Quelle der Wohlthaten für die ganze Menschheit und ein mächtiges Mittel zur Verbreitung und zum Export der französischen Wissenschaft werden."

Nachdem der Director des Crédit foncier, Mr. Christophle, den finanziellen Bericht verlas, dessen glänzende Ziffernsprache bereits erwähnt wurde, liess *Pasteur*, selbst zu

ergriffen, um zu sprechen, seine Dankesrede durch seinen Sohn verlesen. *Pasteur* spricht zunächst den Spendern seinen Dank aus, in erster Linie dem Czaren, dem Kaiser von Brasilien und dem Sultan für ihre wahrhaft fürstlichen Gaben; er dankt der Grossmuth des Vaterlandes, das ihm nichts verweigerte, womit seine Studien gefördert werden konnten; man habe das Institut wider seinen Willen mit seinem Namen getauft; er selbst wollte, dass man die Anstalt nach der Lehre benenne, die sie vertrete. Er danke aus tiefstem Herzen für diese allzu grosse Ehre. Mit Trauer gedenkt *Pasteur* der nicht mehr unter den Lebenden weilenden langjährigen Mitarbeiter und treuen Verfechter der von vielen Seiten hart angegriffenen Lehre, der verstorbenen Collegen *Dumas*, *Bouley*, *Paul Bert* und *Vulpian*, deren grosse Verdienste er mit lebhaftestem Dank anerkennen müsse. Seine Schüler und Mitarbeiter müsse er ermahnen, auch fernerhin mit kritischem Geiste zu arbeiten, nichts in die Oeffentlichkeit zu bringen, was nicht in einfacher und sicherer Form bewiesen werden kann. „Ist man nach vielen Anstrengungen zur absoluten Gewissheit gelangt, empfindet man eine der grössten Freuden, deren die menschliche Seele fähig ist.“ *Pasteur* schloss seine Rede mit folgender philosophischer Betrachtung: „In unsern Tagen scheinen zwei grosse Gesetze mit einander zu ringen: ein Gesetz des Blutes und des Todes, das jeden Tag, neue Kampfesmittel ersinnend, die Völker dazu zwingt, sich stets für das Schlachtfeld bereit zu halten, und ein Gesetz des Friedens, der Arbeit und des Heils, das nur daran denkt, den Menschen von den ihn heimsuchenden Geisseln zu befreien. Das eine strebt nur nach gewaltsamen Eroberungen, das andere nach Erleichterungen und Tröstungen für die Leiden der Menschheit. Dieses stellt ein menschliches Leben höher als alle Siege; jenes würde Hunderttausende dem Ehrgeize eines Einzigen opfern. Welches von beiden Gesetzen wird über das andere triumphiren? Gott allein weiss es.“ — Alles war entzückt von der vortrefflichen, ebenso soliden als zweckmässigen Einrichtung des Institutes; allerorts sah man Beweise der minutiösesten Umsicht, die sich auf die kleinsten Details der Ausführung erstreckte, und alle Gäste gewannen die begründete Ueberzeugung, dass dieses wie von Feenhand in staunender Raschheit hingezauberte, vollendete Werk, das Institut *Pasteur*, in Zukunft ein Vereinigungspunkt der regsten Forscherarbeit, die Quelle neuer wissenschaftlicher Entdeckungen, die feste Stütze für den Ausbau der bereits gefundenen Lehren sein und bleiben wird. (Wiener med. Blätter, Nr. 47.)

Stand der Infections-Krankheiten.

	1888.	Scharlach	Masern	Varicellen	Pertussis	Typhus	Diphtherie und Croup	Erysipelas	Puerperalfieber	Variola	Ophthalmoblennorrhœa	Parotitis ep.
Zürich u. Aussengem.	18. XI.–24. XI.	4	—	—	12	4	2	1	—	—	—	—
	25. XI.– 1. XII.	5	—	6	5	2	7	3	—	—	—	—
Bern	18. XI.–24. XI.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	25. XI.– 1. XII.	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Basel	26. XI.–10. XII.	3	27	10	24	4	11	7	1	1	—	—

In Basel ist nach 2jähriger Frist ein Blatternfall aufgetreten, welcher den Keim der Krankheit aus Italien mitgebracht hat. Von den angezeigten Masernfällen betrifft über ein Dritttheil Primarschülerinnen.

Briefkasten.

Dr. *von Ins*, Münsingen: Besten Dank. Den versprochenen Necrolog erwarte ich gerne baldigst. Bitte auch um die Photographie. — Dr. *S.* in X.: Nicht weil Ihre Arbeit „keine gelehrte Abhandlung“ ist, und auch nicht, weil unser „Corresp.-Blatt“ „blos für Professoren und Specialisten“ geschrieben sein soll, glaubte ich dieselbe in vorliegender Form nicht aufnehmen zu dürfen, sondern weil sie in directem Widerspruch steht mit allgemein gelehrten und als richtig anerkannten geburtshülflichen Grundsätzen. Beispielsweise werden Sie — wenn Sie sich Rechenschaft darüber ablegen, warum bei Placenta prævia Blutungen auftreten, zugeben, dass die Anwendung von Secale in Ihrem und jedem ähnlichen Falle so ziemlich das Gegentheil von dem erreichen könnte, was Sie erzielen wollen — vermehrte Blutung, statt Blutstillung.

Aerztealbum. Besten Dank für die Photographie von † Collega *Eberhard* in Utzenstorf.

Schweighauserische Buchdruckerei. — B. Schwabe, Verlagsbuchhandlung in Basel.


The Ohio State University
3 2436 001035151
SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENS
001
V18
R96S8S3
THE OHIO STATE UNIVERSITY BOOK DEPOSITORY
D AISLE SECT SHLF SIDE POS ITEM C
8 02 39 12 7 15 004 0